

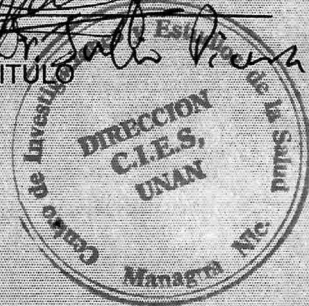
T  
65  
F111  
1995

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD

Dr. Eduardo Somoza

Dr. Pedro Lir

INFORME FINAL DE TESIS PARA OPTAR AL TITULO  
DE MAESTRO EN SALUD PUBLICA



PERCEPCION Y PRACTICA DE LA EPIDEMIOLOGIA  
EN LOS EQUIPOS DE DIRECCION DE LOS SISTEMAS  
LOCALES DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MANAGUA.  
ABRIL-AGOSTO 1994

AUTORES: Dr . Angel Fajardo Fajardo  
Lic. Mayra Alegría Obando  
Lic. Ma. Candelaria Espino Tórrez

TUTOR :

**Martha González M.**  
Médico Máster Epidemiología.  
Docente Investigadora Centro  
de Investigaciones y Estudios de la Salud.

Managua, Julio 1995

# INDICE

	Pág. #
<i>Introducción.....</i>	1
<i>Planteamiento del Problema .....</i>	4
<i>Objetivos .....</i>	5
<i>Marco de Referencia .....</i>	6
<i>Diseño Metodológico .....</i>	26
<i>Resultados .....</i>	38
<i>Análisis de Resultados .....</i>	60
<i>Conclusiones .....</i>	74
<i>Recomendaciones .....</i>	76
<i>Bibliografía .....</i>	78
<i>ANEXOS .....</i>	79



## OPINION DEL TUTOR

Actualmente hablar de la Epidemiología y de Epidemiólogos, es referirse a quien trabaja con métodos epidemiológicos y hace uso de las herramientas que esta ciencia aporta a la Salud Pública.

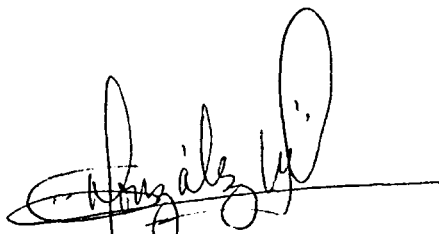
Cada vez es más frecuente la caracterización epidemiológica de los problemas de salud, sea desde la óptica de la atención individualizada o clínica o las intervenciones poblacionales.

El estudio de usos y aplicaciones de la Epidemiología en Nicaragua, ha partido inicialmente de la concepción que los gerentes de salud de Managua tienen de esta ciencia.

Creo que este estudio merece un reconocimiento, no solo por la capacidad de síntesis que como equipo logramos aportar en los diversos campos de intervención, sino por aportar al mundo lo que Nicaragua concibe y utiliza de la misma.

El aprovechamiento de los resultados deberán ser objeto de discusión en la planificación de recursos humanos y su capacitación, para cumplir con uno de los principios de la investigación: la utilidad de la misma.

Invito a los lectores para que aprovechen la oportunidad de conocer que piensan los gerentes del SILAIS de Managua, hacia adonde dirigen sus intervenciones Epidemiológicas, a conocer su opinión de la utilidad de esta ciencia y a compartir y tratar junto con ellos de superar sus principales limitantes.



Dra. Martha A. González M.  
Area de Investigación, Proyectos y Asesorías  
Tutora de Tesis

## **DEDICATORIA**

- A Nuestra pobre y poca atendida patria
- A Nuestros Padres
- A Nuestros Maestros
- A Nuestros hijos, esposa, esposo y hermanos
- A Nuestros compañeros, compañeras de trabajo

**José Angel, Mayra, María Candelaria**

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Dra. Martha A. González Moncada por su valiosa asesoría y sabios consejos para poder llegar al final de este trabajo.

A los responsables de las Unidades de Salud por el tiempo dado para responder esta encuesta.

A doña Norma Esquivel, por haber transcrito nuestros apuntes y ajustes realizados en este informe final.

## **R E S U M E N**

*El presente estudio tiene como objetivo caracterizar la percepción y la práctica de Epidemiología en los equipos de dirección de los sistemas locales de Salud en el Departamento de Managua, abril-agosto de 1994.*

*Se realizó un estudio de carácter descriptivo transversal, el universo lo constituyeron los equipos de dirección de los SILAIS y de sus Unidades Prestadoras de Servicios: 3 SILAIS, 8 Hospitales, 21 Areas de Salud.*

*Cada uno de los integrantes de los equipos de dirección llenó una encuesta, la cual fue respondida por el 65.7% de los recursos humanos que formaron parte del estudio.*

*De la 105 personas encuestadas el 38.1% estaban ubicados en el SILAIS Occidental, el 33.3% en el Central y el 20% en el Oriental. El 59% de los encuestados estaban laborando en el Centro de Salud. Del total de Encuestado el 22.9% son Jefas de Enfermería, el 19% Directores, el 14.3% Sub-Directores de Atención Médica e igual porcentaje responsable de Epidemiología.*

*En cuanto a la profesión el 28.6% eran Médicos Generales, el 16.2% Médicos Especialistas y las Enfermeras profesionales y Licenciadas en Enfermería representaron el 15.2% y el 14.3% respectivamente. El 63% de todo el personal tenían menos de 5 años en el cargo y el 47% entre 1 y 5 años de experiencias en Salud Pública. Solamente el 57.1% de los integrantes de los equipos de Dirección han recibido capacitación.*

*La percepción conceptual sobre epidemiología de los recursos fueron su relación en la asistencia médica de las enfermedades en un 26.7% y lo de vigilancia epidemiológica en un 22.8%. De los aportes de la Epidemiología a los servicios de salud los recursos lo relacionan más con el campo de la vigilancia epidemiológica 35.2% y al estudio de la situación de salud 22.2%. En las aplicaciones diarias que de la Epidemiología hacen los recursos en la Unidad el campo de la vigilancia epidemiológica con un 26.7%, evaluación de impacto 23.3% y la investigación causal 20% fueron los más citados. De las actividades propias de los recursos en su quehacer diario la evaluación de impacto 38.1% y la vigilancia epidemiológica 35.2%.*

*De acuerdo al uso por las diferentes áreas de trabajo de las diversas unidades en los PROGRAMAS el 66.7% solamente lograron enunciar los programas y no las actividades que se realizan, en la actividad de terreno el 57.1% se inclina por la vigilancia epidemiológica. La medición del estado de salud como actividad diaria es realizada a través del campo del estudio de la situación de salud con un 45.7%, el componente de la vigilancia epidemiológica lo relacionan con el campo de la vigilancia epidemiológica con un 56.2% y el 24.8% con la investigación causal y explicativa.*

*Las acciones de planificación, los recursos plantean sus conceptualizaciones para poder realizarlas en el campo de la investigación causal en un 45.7% y en un 18.4% de la vigilancia epidemiológica. La organización en las unidades los fundamentaron en el campo de la investigación en un 39.1%. El componente de Investigación, los recursos de dirección lo basan en la realización de actividades en el campo del estudio de la situación de salud en 34.3%. La medición del impacto de las intervenciones los recursos los refieren que se apoyan principalmente en la vigilancia epidemiológica en un 31.4%.*

*En cuanto a los factores facilitadores para la aplicación de la Epidemiología los refieren a los factores organizativos y de motivación. Los factores limitantes son también organizativos de motivación y se agregan los financieros.*

## I. INTRODUCCION

Existe una amplia gama de conocimientos científicos, tecnología, equipos, edificaciones y sobre todo personas preocupadas por prestar servicios de atención en la salud. En conjunto, un Servicio de Salud, se puede reconocer como una forma de "Organización" que tiene un mayor o menor grado de responsabilidad, y tiene como destinatario fundamental que responde a la población, que la crea apoya y espera recibir sus servicios.

Esta esperanza ó perspectiva de la población de recibir servicios, necesidades de atención, la planificación, organización, administración, priorización de la utilización de los servicios son parte del campo de acción de la Epidemiología.

Pero qué es exactamente la Epidemiología?

La palabra en sí se deriva del griego y significa lo que está entre la gente ó sobre ella.(<sup>1</sup>)

Se caracteriza: " por un punto de vista, de un grupo de conceptos y una variedad de métodos. El punto de vista de la Epidemiología se deriva de la preocupación colectiva por la salud y los problemas de la salud de la población atendida en las diferentes unidades de salud, ya sea a nivel local, municipal departamental ó nacional.

El conjunto de conceptos de la Epidemiología también es relativamente sencillo. En esencia, esos conceptos se centran en el uso de un denominador y un numerador, aunque estas fracciones se usan para calcular expresiones cuantitativas (<sup>2</sup>). El raciocinio epidemiológico en muchas ocasiones la convierte en un análisis cualitativo en base a los parámetros no solamente de enfermedad – población sino partiendo de los aspectos más colectivos de prevención de salud y de noción de riesgo.

La caracterización metodológica empleada en la Epidemiología no son exclusivos de esta ciencia, derivan de otras disciplinas (Matemáticas, Estadística, Demografía) y quizás, su distintivo es que son utilizados en problemas y servicios de salud relacionados con la población en general.

---

<sup>1</sup> O.P.S – Investigaciones sobre servicios de Salud: Una Antología. Publicaciones # 534, Página 724.

<sup>2</sup> O.P.S – Epidemiología sin números. Página 67.

Estos elementos permiten a la Epidemiología, no necesariamente plantear soluciones o respuestas a los problemas sino, más bien, orientar con respecto a las posibilidades de elección o las opciones más probables para la solución de los problemas de salud y a las necesidades de atención de la población.

La realidad de las necesidades de salud y la disponibilidad de los recursos corresponde a la Epidemiología como ciencia. El establecimiento de las características de la práctica epidemiológica corresponde al análisis realizado por los especialistas en el ramo en cada uno de los niveles de la organización de los servicios.

La situación de salud de la población, la determinación de los problemas de salud que deben considerarse prioritarios y los factores condicionantes deben ser abordados en la práctica epidemiológica contrastando ésto con el sistema de salud existente en esa población. El papel central de la epidemiología debe ser en este caso la profundización de los conocimientos en la explicación de los procesos de salud enfermedad para facilitar la toma de decisiones a nivel de la formulación de políticas de salud, la organización del sistema y el establecimiento de estrategias de intervención destinadas a dar solución a los problemas específicos.<sup>(\*)</sup>

Esta actividad dinámica y dialéctica debe orientarse a la evaluación sistemática para la readecuación de las medidas interventoras que permitan disminuir los riesgos.

"La descripción, explicación y cambio de medidas son actos de conocimientos, actos de investigación, éstos para que se conviertan en acciones y puedan transformar la situación de salud necesitan de una toma de decisión, es decir el poder; la gobernabilidad del sistema, la capacidad de administrar y la disponibilidad de los recursos técnicos y financieros. Al mismo tiempo la capacidad de coordinar con otros actores sociales con proyecto e intereses en el mismo espacio – población".<sup>(\*\*)</sup>

La participación de los diferentes actores para enfrentar estos problemas de manera conjunta, evitando la confrontación o la duplicación de actividades y así optimizar los recursos para la solución de los problemas.

Para un mejor manejo y aplicabilidad se hace necesario una transformación de los sistemas de salud en función de las necesidades prioritarias de los diferentes grupos de población requiriendo de una gran voluntad política y esfuerzos en el campo técnico – administrativo, lo mismo que la aplicación de nuevas formas organizativas y financieras para enfrentar estos retos.

---

<sup>(\*)</sup> IBID 2 – Pág. 83.

<sup>(\*\*)</sup> IBID 2 – Pág. 79.



En Nicaragua como en la mayoría de los países latinoamericanos las estrategias y planes del sistema de salud ha comprometido su voluntad política en la descentralización del sistema adoptando la estrategia de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), como parte de este esfuerzo para lograr la participación y el reforzamiento de la sociedad civil.

Para lo cual se ha estructurado un organigrama nacional del Sistema de Salud en el cual se divide al territorio nacional en 19 Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS).

Cada SILAIS tiene un espacio-población definido, que en la mayoría de ellos concuerda con la división política administrativa del país, con un equipo de dirección estructurado estratégicamente para cubrir todas las necesidades administrativas compuestos por: Un Director, un Administrador de Servicios de Salud, un Administrador Económico, un Epidemiólogo, un Responsable de Enfermería, un Estadístico.

La Salud Pública tiene el reto de la profundización en los conocimientos, el proceso de descentralización y la transformación de los sistemas de salud.

Para enfrentar ese reto, es necesario primero conocer algunos elementos básicos empezando por los recursos humanos responsables de la toma de decisiones en las diferentes unidades de los sistemas locales. Para lo cual cabe preguntarse:

- ¿ La concepción Epidemiológica es adecuada?
- ¿ Es utilizada la Epidemiología como una herramienta para la toma de decisiones en los equipos de dirección?
- ¿ El proceso de descentralización implica que los recursos más capacitados estén en los niveles de mayor resolución ?
- ¿ Los estilos de trabajo facilitan o dificultan la aplicación plena de la Epidemiología?

El estudio de la concepción y la práctica de la Epidemiología en los equipos de dirección de los Sistemas Locales de Salud del Departamento de Managua, de Abril a Agosto de 1994 da las respuesta a estas preguntas; permiten la revisión de la organización y funcionamiento de la práctica epidemiológica, la estructuración de programas de capacitación permanente para el personal de los servicios, la revisión de normas para la atención, de las necesidades de revisión y reestructuración de la enseñanza de la Epidemiología en la curricula de las Unidades Formadoras de Recursos Humanos en Salud en los niveles de Pregrado y Postgrado.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

**P**ara estudiar estas necesidades identificadas como problemas en los Sistemas locales de Salud del departamento de Managua se propone darle respuesta a los siguientes cuestionamientos:

¿Cuál es la percepción que tienen de la Epidemiología los dirigentes de los Sistemas Locales de Salud del Departamento de Managua.

¿Cuál es la práctica Epidemiológica y con qué recursos se cuenta para realizarlos en estos niveles administrativos y de atención?.

Cuáles son los factores limitantes y facilitadores para realizar las prácticas Epidemiológica en estos niveles?

### III. OBJETIVOS

#### OBJETIVO GENERAL:

Caracterizar la percepción y la práctica de la Epidemiología de los equipos de dirección de los Sistemas Locales de Salud en el Departamento de Managua, Abril-Agosto 1994.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Describir las características técnicas y profesionales de los recursos que participan en las actividades epidemiológicas.
2. Identificar los alcances conceptuales en Epidemiología que tienen los recursos gerenciales en estos niveles.
3. Identificar los campos de acción de la Epidemiología en el quehacer diario de los SILAIS y Unidades Prestadoras de Servicio.
4. Identificar los factores facilitadores y limitantes de la práctica Epidemiológica en los SILAIS y Unidades Prestadoras de Servicios.

## IV. MARCO DE REFERENCIA\*

La Epidemiología es la ciencia que estudia los fenómenos masivos en grupos de población de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, los factores de riesgo y sus mecanismos de transmisión.

Debe ser vista de manera integral viendo al hombre, al agente etiológico y al ambiente.

En su acepción etimológica, la Epidemiología, se define como la ciencia o doctrina de las epidemias. Frost señala que "una epidemia constituye solo la fase temporal de la enfermedad y que es importante considerarla en relación a su evolución anterior y posterior", propone por lo tanto, " una interpretación más amplia de la Epidemiología a saber : La ciencia dedicada al estudio de los fenómenos que la enfermedad provoca en una gran masa de población, tanto en sus formas usuales ó endémicas como su carácter epidémico".

Más completa es la definición dada por Maxcy " La Epidemiología es la rama de las Ciencias Médicas que estudia las relaciones entre los diversos factores y condiciones que determinan la frecuencia y distribución de un proceso infeccioso, enfermedad ó estado fisiológico en una comunidad humana".

Según Gordon," las molestias que afectan a las masas son el resultado de fuerzas biológicas desencadenadas por las poblaciones humanas y por el ambiente en que viven ". Define por lo tanto la Epidemiología como " Una ecología médica relativa a la salud y a la enfermedad en lo que conciernen a los grupos y las comunidades humanas".<sup>1</sup>

No se debe perder de vista sin embargo, que la Epidemiología ha de tomar en cuenta las distintas épocas, el lugar geográfico definido donde ocurre la enfermedad, lo mismo que las poblaciones afectadas.

Las interpretaciones más recientes del concepto de Epidemiología son el resultado de las modificaciones en los fenómenos relativos a las masas, así como los cambios en la frecuencia de las enfermedades. A principios del Siglo XX las enfermedades constituían la principal causa de su definición,

---

\* Parte de este Marco de Referencia fue publicado como aporte de los autores en la Unidad I del Módulo de Causalidad y Riesgo que se imparte en la Maestría de Salud Pública del Centro de Investigaciones y estudios de la Salud (CIES) – UNAN–Managua.

<sup>1</sup> Breild, Jaime. "Epidemiología, Economía, Medicina y Política". Fontamara 19, 3ra. edición, 1986. págs. 12-14.

al pasar el tiempo, la aplicación de medidas preventivas y de control terapéutico han habido modificaciones en el comportamiento de los agentes causales que han modificado la distribución de las mismas y por lo tanto han influido también en los conceptos de la Epidemiología .

La Epidemiología puede definirse como el estudio de la distribución y los determinantes de las enfermedades y lesiones en población humanas es decir la Epidemiología se ocupa de la extensión y los tipos de enfermedades y lesiones en grupos de personas y de los factores que influyen en su distribución. Esto implica que la enfermedades no están distribuidas al azar por toda una población, sino que los subgrupos difieren en la frecuencia de diferentes enfermedades. Además el conocimiento de esta distribución irregular puede usarse, para investigar los factores etiológicos y hacer los cimientos de programas para prevención y control.

"La Epidemiología en cualquier tiempo, es algo más que el total de sus hechos establecidos. Abarca su agrupación ordenada en cadena de inferencia que rebasan más o menos los límites de la observación directa. Tales cadenas dispuestas bien, generan la investigación hacia los hechos del futuro".<sup>2</sup>

Philip Cole define la Epidemiología como "Ciencia sobre la ocurrencia de las enfermedades".<sup>3</sup>

Nótese que todas las definiciones omiten el concepto de " Método", porque esta ciencia no constituye en sí misma una metodología. "Todas las Ciencias poseen los mismos métodos basados en el empirismo y la lógica. No es cuestión de fe ni de opiniones.

Los métodos varían en cuanto al detalle técnico, pero la materia es claramente identificada.

El proceso ha atravesado por cuatro etapas:

- a. Formulación de la Hipótesis.
- b. Evaluación de la hipótesis.
- c. Refinamiento de la asociación bajo estudio.
- d. Intervención." <sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> Ibid (1) pág. 17.

<sup>3</sup> OPS/OMS. "Epidemiología sin números". Serie Paltex. No. 28. 1992. Noomal de Almeida Filho. pág. 28.

<sup>4</sup> Flores, John. "Curso modular de Epidemiología básica". Facultad Nacional de Salud Pública. Colombia. pág. 2.

2. Estadística, cuyo énfasis aparece presto sobre la ciencia y la cuantificación.
3. Ciencias Sociales, que han contribuido con las destrezas y las técnicas para la Investigación de la comunidad, que incluyen el estudio de la conducta humana.
4. Computación, que ha expandido en forma insospechada las posibilidades de la Epidemiología en cuanto a capacidad de manejar un océano de datos, capacidad de percibir inter-relaciones y de manipular muchas variables.
5. Administración, las vigorosas interrelaciones de la Epidemiología como ciencia aplicada incluyen un componente de vital importancia en su desarrollo, la implementación de programas de Salud.

En resumen, la Epidemiología constituye una ciencia Cuantitativa, aplicada, derivada en su plena adolescencia y que en este momento reclama su propio territorio y desarrolla una terminología y conceptos que le pertenecen ".<sup>5</sup>

La Epidemiología es una ciencia básica del campo de la Salud Pública que ha alcanzado un importante desarrollo. Su objeto de estudio son los problemas médicos (Salud – Enfermedad) relacionados con la población en su conjunto, es decir como fenómeno de masas.

"La noción de una pluridad causal vinculada al medio físico, químico, biológico ó social, así como su interacción entre la comunidad humana y su medio ambiente, son ideas fundamentales en el campo de la Epidemiología." <sup>6</sup>

Se puede intentar una definición un tanto particular diciendo que, la Epidemiología es una ciencia fundamentada en un método de raciocinio inductivo que se utiliza en la Investigación y solución de cualquier problema de salud de las comunidad sin importar su etiología; que se trata de un conocimiento eminentemente dinámico que se extiende de manera permanente y se enriquece a través de su metodología con diversas disciplinas.

" El papel y la práctica de la epidemiología han sido ampliamente debatidos en múltiples foros nacionales e internacionales, entre los que se destacan el seminario organizado por la Organización Panamericana de la Salud en Buenos aires, Argentina, en 1983 y, más recientemente, la XIV Conferencia

---

<sup>5</sup> Guerrero, González, Medina. "Epidemiología". México, D.F., Iberoamericana, 3ra. edición, 1988, pág. 23.

<sup>6</sup> Ibid. 5. pág. 24.

de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP), efectuada en Taxco, México, en 1987, en los cuales participaron profesionales del área de epidemiología de casi todos los países de la Región. Si bien desde entonces en muchos países se han realizado importantes esfuerzos por revisar los alcances conceptuales y fortalecer la práctica de la epidemiología en diferentes niveles e instancias del sistema de salud, este proceso –necesariamente lento– está lejos de concluir, y requiere un seguimiento período a la luz del desafío que la situación de salud en los países de la Región plantea a sus sistemas de salud, el papel que en este contexto corresponde a la epidemiología y las características de la práctica epidemiológica en los países, sus limitaciones y perspectivas ". <sup>7</sup>

" El proceso de transformación de los sistemas de salud en función de las necesidades prioritarias de los diferentes grupos de la población requiere una enorme voluntad política y grandes esfuerzos en los campos ideológicos, técnico y administrativos en la descentralización de estos sistemas de servicios mediante la estrategia de reforzamiento de los sistemas locales de salud (SILOS), como parte de las reformas más generales de los estados, de profundización de la democracia y la participación, y el reforzamiento de la sociedad civil ". <sup>8</sup>

## EL PAPEL DE LA EPIDEMIOLOGIA

" El sistema de servicios la misión central de la epidemiología es la producción del conocimiento que permita profundizar en la explicación de los procesos de salud–enfermedad, para facilitar la toma de decisiones a nivel de la formulación de políticas de salud, la organización del sistema y las intervenciones destinadas a dar solución a problemas específicos ". <sup>9</sup>

" De acuerdo con estos conceptos y a partir de las reuniones internacionales de Buenos Aires y Taxco se ha generalizado un amplio consenso sobre la identificación de cuatro grandes campos de acción de la epidemiología en los sistemas de servicios:

- a) estudios de situación de salud en diferentes grupos de población, sus determinantes y tendencias.
- b) vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud;
- c) investigación causal y explicativa sobre problemas prioritarios de salud, y

---

<sup>7</sup> O.P.S. "Educación Médica y Salud". Vol 24, No. 3, Julio–Sept. 1999. pág. 306

<sup>8</sup> IBID 7. pág. 309–310.

<sup>9</sup> IBID 7. pág. 310–311.

- d) evaluación del impacto en salud de los servicios y otras acciones sobre las personas, medio ambiente y condiciones de vida, y la evaluación de tecnologías en función de su seguridad e impacto ". <sup>10</sup>

## **USOS Y APLICACIONES DE LA EPIDEMIOLOGIA.**

En el sistema de servicios la misión central de la Epidemiología es la producción del conocimiento que permite profundizar en la explicación de los procesos salud – enfermedad, para facilitar la toma de decisiones a nivel de la formulación de políticas de salud, la organización del sistema, y los intervalos destinados a dar solución a problemas específicos consecuentemente, la investigación en Epidemiología esencia de su práctica, deberá estar orientada a la identificación, descripción e interpretación de los procesos que a nivel individual y colectivo determinan la frecuencia y distribución de los problemas de salud, al facilitar una revisión crítica de la situación de salud, contribuirá a utilizar la jerarquización de prioridades en cuanto a grupos de población y los determinantes de sus problemas, y a la selección de estrategias de intervención y la evaluación de su impacto.

La reconstrucción teórica de los procesos y condiciones de vida, y la evaluación de tecnología en función de seguridad e impacto.

## **ESTUDIOS DE LA SITUACION DE SALUD**

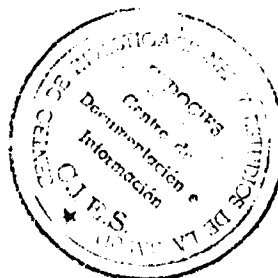
Todos los profesionales sanitarios, incluidos los médicos generales, los administradores de salud pública, los funcionarios de salud, los investigadores y los profesionales docentes en salud necesitan conocimientos específicos sobre enfermedades y problemas de salud en general. El conocimiento epidemiológico es esencial, si bien la amplitud y el tipo de la información requerida varían según las distintas obligaciones de estos profesionales.

"Los aspectos básicos de información epidemiológica sobre un problema determinado que serían necesarios para obtener una imagen global de la misma son:

- Historia natural del problema.
- Etiología (factores causales específicos, otros factores de riesgo).

---

<sup>10</sup> IBID. pág. 311.





- Desarrollo en la comunidad (tendencia temporales, variaciones con la edad).
- Diferencia de la presentación del fenómeno (sexo, grupo étnico, clase social, profesión y otros).
- Posibilidades de prevención (acciones específicas contra los factores causales, acciones generales contra otros factores de riesgo, impacto de los servicios médicos, impacto de las políticas sanitarias)". <sup>11</sup>

Los estudios de la situación de Salud no pueden quedar restringidos a la enumeración de los principales categorías de mortalidad y de morbilidad, con algunos indicadores demográficos. Ellos constituyen el proceso de identificación y explicación de problemas mas prioritarios en función de su transformación.

Por lo tanto deben orientarse a la evaluación sistemática de los problemas de salud y sus proceso determinantes con la finalidad de adoptar las decisiones y acciones necesarias para reducir el riesgo de enfermar y morir. La población no es homogénea y los problemas prioritarios de salud pueden variar considerablemente de un grupo a otro, como expresión de sus condiciones objetivas de existencias y de los procesos biológicos, ecológicos, psicológicos, culturales y económicos sociales que lo caracterizan y tienen su expresión tanto a nivel individual como familiar y colectivo.

Estas necesidades constituyen problemas de decisión de salud pública, en la medida que son percibidas y aprendidas por un actor social en cuya conciencia colectiva se organizan, jerarquizan y explican y se constituyen en una fuerza movilizadora.

De ahí que la identificación de problemas prioritarios, además del ejercicio técnico de los trabajadores de salud, requiere la utilización de métodos y técnicas que permitan y promueven la participación de los diferentes sectores de la población y hagan posible captar y comprender la subjetividad subyacente en la priorización de dichos problemas.

Esta identificación de los problemas prioritarios se realiza en las unidades de salud a través de el ejercicio técnico diario de los trabajadores de la salud en :

- a) Las actividades propias de los programas de atención preventiva asistencial.
- b) Las actividades complementarias que se realizan en el espacio territorial ya sea para la

---

<sup>11</sup> OPS/OMS. "Usos y perspectivas de la Epidemiología". Documento del Seminario de Buenos Aires, Argentina, Publicaciones No. 1 PNSP 7-10 Nov. 1983. pág. 35-37.

captación o búsqueda de casos o de control de focos.

- c) El conocimiento del estado de salud de la población a través de definiciones simples como por ejemplo "Presencia o ausencia de la Enfermedad".

El proceso de descentralización y transformación de los sistemas de salud ha contribuido a hacer más evidente la necesidad de métodos y procedimientos que puedan ser utilizados con pequeños grupos, y en general, en niveles de observación y análisis en los cuáles los registros y otras técnicas tradicionales tienen limitaciones en cuanto al tipo, cantidad y calidad de la información. Debe combinarse la utilización de los registros, las encuesta y las técnicas participativas, además de incrementar la capacidad de interpretar las informaciones obtenidas con técnicas tanto cuantitativa como cualitativas. Por otra parte, se debe superar la idea de que la apreciación de la situación de salud requiere necesariamente la acumulación y el procesamiento de una gran cantidad de información, la tendencia a la exhaustividad frecuente se traduce en una escasa utilización de dichas evaluaciones.

"La experiencia demuestra que puede ser mucho más útil para la toma de decisiones, el análisis basado en un número limitado de indicadores de alta pertinencia para la pregunta a responder, seleccionados con buena fundamentación teórica, cuya información sea confiable y cuya sensibilidad, especificidad y poder predictivo pueden ser evaluados con las técnicas epidemiológicas que hoy están el alcance de la mayoría de los servicios en los niveles locales , regionales y nacionales estos indicadores serán tanto más útiles cuanto más estrechamente respondan a los propósitos del análisis y al espacio de decisiones en los diferentes ámbitos del Sistema de Salud". <sup>12</sup>

"Los indicadores utilizados para medir y conocer el estado de salud aplicados en los diferentes programas de las unidades prestadoras de servicio y en la actividad de terreno son :

- **Población expuesta a riesgo:** definida según factores demográficos y ambientales.
- **Tasa de prevalencia:** es número de casos de una enfermedad en una población en un momento dado, expresado como casos por 1,000 o 10,000 habitantes.
- **Tasas de incidencia:** es el número de casos nuevos que se producen en una población determinada en un período dado por un factor k.
- **Tasas de incidencia acumulada.**

---

<sup>12</sup> Alan Dever, G.E. "Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. OPS/OMS. 1991. pág. 51-52

- **Letalidad:** es la medida de la gravedad de una enfermedad y se define como la proporción de caso de una enfermedad o evento determinado que resultan mortales en un período especificado.
- **Mortalidad:** es el número de muertes en un período determinado en una población determinada. Las tasas de mortalidad pueden expresarse además por grupos específicos de población definidos por su edad, raza, sexo, ocupación o localización geográfica, o por tasas de muertes específicas.
- **Morbilidad:** es el número de procesos mórbidos ocurridos en una población determinada en un tiempo específico. Las tasas de morbilidad pueden expresarse por grupos específicos de población definidos por edad, raza, sexo, ocupación o localización geográfica o por tasas de morbilidad específica.
- **Esperanza de vida:** se define como el promedio de año que cabe esperar viva una persona de una edad determinada si se mantiene las tasas de mortalidad actuales.
- **Tasas estandarizadas:** es una medida integrada de las tasas de diversos eventos que una población tendría si su estructura por edades fueran standard.
- **Incapacidades:** donde se pueden medir 3 grados: Deficiencia, discapacidad, y minusvalia.
  - Deficiencia: Toda pérdida o alteración de la estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
  - Discapacidad: Cualquier restricción o carencia (resultante de una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o en los límites considerados como normales para un ser humano.
  - Minusvalia: un inconveniente para una persona determinada, resultante de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de una tarea que es normal (dependiendo de edad, sexo y factores sociales y culturales) para el individuo". <sup>13</sup>

## LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

La vigilancia epidemiológica es el instrumento más eficaz para predecir y actuar rápidamente ante posibles cambios en el comportamiento de las enfermedades, logrando eliminar oportuna y

---

<sup>13</sup> NICARAGUA. MINSA. "Normas de Vigilancia Epidemiológicas". Dirección General de Higiene y Epidemiología. Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles. Managua, 1988. pág. 39-41.

adecuadamente los factores biológicos y sociales que intervienen en la aparición o incremento de las enfermedades, potencializando los elementos positivos que favorezcan las mejores condiciones higiénico-sanitarias.

Constituye un componente imprescindible de los programas de prevención y control de la enfermedades transmisibles. Es un sistema dinámico que se utiliza para observar y actuar de cerca en forma permanente sobre todo los aspectos de la infección, la enfermedad y los factores que condicionan el fenómeno salud-enfermedad, nos alertará ante posibles cambios, lo que facilita la toma de decisión rápida para corregir cualquier desviación o deterioro de la salud.

Debe estar estrechamente ligada a función de control de enfermedades y riesgo y en particular, a la capacidad de respuestas en los servicios, tienen que constituirse en una función básica de todos los servicios y programas a nivel local, regional y nacional.

Para lo cuál debe promoverse la búsqueda activa de la información necesaria. Las técnicas de la vigilancia deben de adecuarse a las características epidemiológicas del problema y a las condiciones, necesidad y capacidad de respuesta en cada país y sistema de salud y en particular a los sistemas locales de atención de salud.

Además se tienen que intentar mejorar la capacidad para la detección precoz de situaciones agudas en que se observa o sospecha la concentración en el tiempo y el espacio de un número inusitado de casos o síntomas y adecuar a los servicios para asegurar la capacidad de investigación y respuesta mediatas que tales emergencias requieren.

"La vigilancia epidemiológica comprende el registro de datos su procesamiento, comparación, análisis, interpretación, para implementar medidas necesarias en forma inmediatas y asprevenir y combatir las enfermedades.

Las enfermedades prioritarias para la vigilancia epidemiológica son aquellas que constituyen un problema para la salud pública por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad. Para seleccionar las enfermedades sujetas a vigilancia se debe contar con medidas preventivas y disponibilidad de tratamiento.

La vigilancia debe continuar extendiéndose hacia las enfermedades crónicas, los accidentes, violencia; el uso indebido de drogas y otros que requieren de atención médica de creciente complejidad.

Los procedimientos de la vigilancia en general no son adecuados para la detección de situaciones de esta naturaleza y será preciso definir los datos necesarios y los mecanismos más apropiados para su colecta, procesamiento y análisis, también habrá que estimular en los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud el hábito de evaluar periódicamente la magnitud y trascendencia de este tipo de problema y la efectividad de las medidas de control adoptadas con el fin de facilitar la formulación de intervención progresivamente más eficiente y oportuna". <sup>14</sup>

Es en síntesis un SISTEMA DE ALERTA que identifica un fenómeno para la toma de decisión que lleva a una acción modificadora, por lo tanto es la actividad más importante de la lucha antiepidémica.

## ACTIVIDADES

"Para mantener actualizado el conocimiento del comportamiento y evolución de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica y actuar sobre ellas, se debe conocer y manejar:

- La población total, por grupo de edades, sexo y ubicación territorial (urbano/rural), escuelas, centros de trabajo, etc.
- Las series cronológicas de enfermedades por meses años en el nivel correspondiente.
- La tasa de incidencia anual de las enfermedades del total de la población y por grupo de edad.
- Comparar las incidencias de casos por semanas epidemiológicas.
- Mapas epidemiológicos, epizootiológicos y canales endémicos.
- Actualizado el comportamiento de la mortalidad.
- El número de fallecidos por grupo de edad, por meses y causas.
- Actualizado los recursos para enfrentar posibles brotes (biológicos, reactivos de laboratorio, medicamentos y otros)
- Las series históricas del número de consultas, efectuando comparaciones entre períodos".

<sup>15</sup>

"Determinar la susceptibilidad y riesgo de una población en relación con las enfermedades bajo vigilancia, para esto debe conocer:

---

<sup>14</sup> Ibid 13. pág. 43.

<sup>15</sup> Ibid. 13. pág. 50-53.

- La situación político-militar.
- Las características geográficas y climáticas de la localidad.
- La situación higiénico-sanitaria de la población (agua, basura, excretas, etc)
- El abastecimiento, hábitos alimentarios y estado nutricional.
- Capacitar al equipo de salud para prevenir y enfrentar brotes.
- Realizar los controles de foco priorizando aquellos donde la población tiene más riesgo de fallecer o enfermar tomando en cuenta las características económicas, culturales, infraestructurales y de susceptibilidad individual.
- Realizar la vigilancia de la calidad del agua de consumo, alimentos, contaminantes del medio ambiente y microorganismos patógenos en enfermos y portadores a través de exámenes de laboratorio.
- Conocer y mantener actualizada la ubicación de los recursos humanos (trabajadores de la salud y brigadistas) para la derivación de los mismos hacia lugares prioritarios.
- Capacitar al equipo de salud para prevenir y enfrentar brotes.
- Realizar los controles de foco priorizando aquellos donde la población tiene más riesgo de fallecer o enfermar tomando en cuenta las características económicas, culturales, infraestructurales y de susceptibilidad individual.
- Realizar la vigilancia de la calidad del agua de consumo, alimentos, contaminantes del medio ambiente y microorganismos patógenos en enfermos y portadores a través de exámenes de laboratorio.
- Conocer y mantener actualizada la ubicación de los recursos humanos (trabajadores de la salud y brigadistas) para la derivación de los mismos hacia lugares prioritarios.
- Contar con todos los insumos básicos necesarios para luchar contra las enfermedades, desde la vigilancia de los factores condicionantes hasta el tratamiento y rehabilitación del paciente y la comunidad.

Para elevar el impacto de las medidas de control implementadas se debe:

- Elevar el impacto de los controles de foco, mediante la búsqueda o presentación de casos secundarios en el barrio, comarca o localidad.
- Efectuar visitas de terreno para evaluar la calidad del control de foco y el funcionamiento del sistema (flujo, registros, tablas, mapas, historias epidemiológicas, y acciones realizadas).
- Realizar análisis epidemiológico a través del procesamiento de las historias epidemiológicas realizadas para identificar y neutralizar los factores condicionantes.
- Verificar que la retroalimentación a las unidades se realice mediante boletines epidemiológicos y otras evaluaciones.

- Cobertura del sistema: Se evaluará mediante el cumplimiento de llamadas o informes de aquellas localidades donde existen comunicación (cada región definirá cuales son éstas Unidades). Para ello se obtendrá el porcentaje de llamadas realizadas contra el total a realizarse por unidades en el mes. Según la accesibilidad se podrá exigir información diaria o semanal (según calendario de semanas epidemiológicas).
- Se identificarán las unidades que menos reportan y se trabajará con dicho personal para que conozcan la importancia y mejoren el reporte, la toma de decisiones y las medidas de prevención y control.
- Revisar las boletas de enfermedades de notificación obligatoria (ENO) en los diferentes niveles para precisar sub registros del sistema de vigilancia epidemiológica o de ENO y tomar medidas correctivas.
- Investigar causas de retraso del envío de la información y corregirlo.
- Precisar subregistros y descartar diagnósticos, revistas las causas de consulta y comparar con las boletas de ENO llenadas.
- Eficiencia del sistema: Se realiza comparando los casos reportados por vigilancia de cada enfermedad contra las notificados por boletas tomando éste último como el universo y obteniendo el porcentaje de eficiencia".<sup>16</sup>

## **INVESTIGACION CAUSAL Y EXPLICATIVA SOBRE PROBLEMA PRIORITARIO DE SALUD.**

Este ha sido y sigue siendo el objetivo más conocida de la Epidemiología. Los estudios de Jonh Snow sobre el cólera en Londres han sido considerados como ejemplos clásicos del raciocinio epidemiológico aplicado al estudio de las causas de enfermedades.

"La Epidemiología al aplicarse como método investigativo fundamenta la excelencia técnica para seleccionar los problemas de salud prioritarios, determinar los factores causales, definir los grupos objetivos y las áreas prioritarias y con la aplicación de estos principios mejorar la asignación y administración de recursos, evaluar las estrategias de intervención y la eficacia de los servicios de salud. a pesar de su demostrado potencial, aun no son suficientemente utilizados para este propósito. Su incorporación sistemática podría contribuir a facilitar la gestión en los servicios de salud".<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Ibid 13. pág. 55.

<sup>17</sup> Mc. Mahon B. y Pugh T.F. "Principios y métodos de la Epidemiología". Prensa Médica Mexicana. 10ed. México, D.F., 1988. pág. 198-201.

## **LA EVALUACION DEL IMPACTO DE LAS ACCIONES DE SALUD.**

Es otro campo de aplicación de la Epidemiología en los Servicios de Salud, tanto más cuanto existe carencia relativa de recursos.

El impacto potencial de las acciones de salud está limitado por la frecuencia y el comportamiento del problemas que se desea modificar, por el grado de su dependencia de los factores sobre los que se plantea intervención por la prevalencia de estos factores y procesos de riesgo y por la eficacia direccional de las estrategias y técnicas empleadas.

Entre ese impacto potencial y el realmente obtenido median procesos de carácter administrativo, atinentes a la disponibilidad de recursos y a su eficiente utilización.

Toda acción tiene un costo en recursos de personal, tiempo, financieros y de poder; su aplicación tiene que ser evaluada en función de costo y beneficios sociales en comparación con otras estrategias y modalidades de Intervención.

Las técnicas epidemiológicas desarrolladas para evaluar el riesgo relativo, el atribuible y el impacto potencial de las acciones, combinación con el conocimiento de la situación de salud y de los cambios de ella producidos a pesar de su demostrado potencial, aún no son suficientemente utilizadas para este propósito.

La incorporación sistemática podía contribuir a facilitar la gestión en los servicios de salud; sobre todo considerando la limitada disponibilidad de recursos y la variada y compleja gama de opciones que pueden establecerse para la ejecución de los programas integrales e intersectoriales que se diseñan para enfrentar problemas prioritarios de salud en los diferentes grupos de población.

"Algunas actividades estratégicas que pueden fomentar el cambio en este campo, son las siguientes:

- Difusión de información pertinente
- Incentivo a formas de comunicación social que permitan y hagan posible que la sociedad y cada uno de los conjuntos sociales que la conforman discutan el conocimiento de los riesgos asociados a ciertas condiciones de vida 'no saludables'.
- Capacitación de los trabajadores de la salud y de los conjuntos sociales en la utilización



de métodos participativos de la promoción de la salud y la realización de las investigaciones epidemiológicas para profundizar los conocimientos de los problemas y de los resultados de las intervenciones".<sup>18</sup>

## HISTORIA DE EPIDEMIOLOGIA

Desde el momento mismo de su aparición en este mundo el hombre se ha preocupado por su salud y para ello es necesario entender la etiología de la enfermedad y la asociación con determinados factores del medio que lo rodea.

"Ya Hipócrates establecía una relación de la fiebre con los pantanos. Los fenicios en sus rutas comerciales prohibían a sus embarcaciones dormir cerca de las costas y también empiezan a usar mosquiteros. Los Romanos tenían reglamentaciones muy estrictas para la construcción de sus ciudades con el objeto de lograr un medio ambiente adecuado para promover y lograr la salud".<sup>19</sup>

"De lo anterior se puede concluir que la génesis de la Epidemiología es íntimamente relacionada con la Ecología, Francisco Bacon desarrolla su doctrina del empirismo y con ello la metodología científica con el proceso conductivo. Es en este marco histórico donde se genera la Epidemiología Moderna, donde la medición, el empirismo, llevan a incrementar el conocimiento de los factores de riesgo asociados con la enfermedad, viene también el manejo del concepto de PROBABILIDAD lo que implica manejar el numerador y el denominador de una fracción (número de eventos sobre población expuesta) y es aquí donde se ve más frecuentemente como la historia se conoce de acuerdo con quién la escriben, los Ingleses en el Siglo pasado ocupan un lugar primordial y como ejemplo esta SNOW y WILLIAM FARR; los norteamericanos también tienen excelentes ejemplos de este desarrollo".<sup>20</sup>

"La Epidemiología como se conoce en nuestros días fue impulsada por William Farr y John Snow ambos británicos realizaron estudios de ensayos de hipótesis no experimental, Snow estudia sobre un brote de Cólera que azotó a los distritos del Sur de Londres, aplicando su ingenio para trabajar con los elementos disponibles, siguiendo un método científico".<sup>21</sup>

---

<sup>18</sup> OPS/OMS. "Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Pub. Científica. Serie HSD/SILOS. No. 2 Washington, D.C., 1992. pág. 118-123.

<sup>19</sup> Ibid. 3. pág. 3.

<sup>20</sup> Ibid. 3. pág. 5-7.

<sup>21</sup> Ibid 3. pág. 9.

Los estudios experimentales han sido utilizados en algunas ocasiones, lo que ha permitido no sólo el desarrollo de la Epidemiología, sino de la Ciencia en general. Ejemplo: Finlay con el mosquito, para probar la transmisión de la fiebre amarilla en 1911.

En los últimos años, con el apoyo de otras disciplinas como la Bioestadística, la Demografía, la Computación, etc., han permitido que la metodología epidemiológica, el análisis de las múltiples variables a tenerse en cuenta, la identificación de factores de riesgo más específicos para muchas enfermedades y por ende el control y la prevención más eficiente, se desarrollen de manera más fluida.

El descubrimiento de microorganismos causantes de enfermedad representó un fortalecimiento de la Medicina biologicista, favoreciendo la hegemonía de ese modelo interpretativo, cientificado lo individual, suplantando lo colectivo en el abordaje de la enfermedad y sus determinantes y esto es irónico pues John Snow considerado el padre de la Epidemiología parte de conceptualizaciones de la Medicina Social y termina anticipando una demostración de la teoría microbiana en el caso del cólera.

El término " Epidemiología " según Nájera (1983) había sido enunciado en 1902 por Juan de Villalba pero en el sentido de una crónica histórica de las epidemias españolas.

William Farr en 1839 crea un registro anual de mortalidad y morbilidad para Inglaterra y el País de Gales, marcando así la institucionalización de la Estadística Médica (L.A.S.T, 1983).

En 1950 se organiza en Inglaterra la Sociedad de Epidemiología de Londres fundada por médicos simpatizantes de las ideas médico – social, evolucionando hacia una corriente supuestamente más técnica constituyendo la llamada Salud Pública.

## LA EPIDEMIOLOGIA MODERNA.

"Nuevos modelos teóricos son propuestos para dar cuenta de los impases sufridos por la teoría unicausalista de la enfermedad, perfeccionando el paradigma de la Historia Natural de la Enfermedad emerge una fuerte tendencia ecológica en la epidemiología, con una versión occidental (OPAS, 1976) contrapuesta a una soviética (Pavlovsky, 1963). En esa época, década del 50, programas de investigación y departamentos de Epidemiología experimentan febrilmente nuevos o perfeccionados diseños de investigación. A partir de allí, se establecen reglas básicas de análisis epidemiológico, sobre todo por la fijación de los indicadores típicos del área (incidencia y prevalencia) por la delimitación del concepto de riesgo, fundamental para la adaptación de la bioestadística como instrumental analítico de elección. También sucede en este período el desarrollo de técnicas de identificación de casos ( en prácticamente todos los sectores de la medicina), adecuados a su aplicación en grandes muestras, y a la descripción de los principales tipos de sesgo en la investigación epidemiológica (SACHETT,1979)". <sup>22</sup>

En el inicio de los años 60, la investigación epidemiológica experimenta la más profunda transformación de su corta historia, con la introducción de la computación electrónica, que resulta en una cada vez más fuerte matematización del área. La ampliación real de los bancos de datos, sumada a la potencialidad obviamente aún no agotada de creación de técnica analítica, son de una cuantía inimaginables a la hora del análisis mecánico de datos.

"En esta fase se debe destacar la contribución de JEROME CORNFIELK (1912 – 1979) al desarrollo de estimadores del riesgo relativo, además de introducir técnicas de regresión logística en el análisis epidemiológico (Last, 1983). Sin embargo, la Epidemiología de los años 60 no constituye solamente un perfeccionamiento de la tecnología para el análisis de datos. Hay también un fuerte movimiento de sistematización del conocimiento epidemiológico producido, tal vez mejor ejemplificado por la obra de John Cassel (1915–1977) en el sentido de la integración de los modelos biológicos y sociológicos en una teoría comprensiva de la enfermedad, unificada por el toque de la epidemiología (Cassel, 1975)". <sup>23</sup>

En los países del Tercer Mundo, la incorporación del conocimiento epidemiológico se viene produciendo de un modo cada vez más acelerado. Los programas de la UAM en México, del CEAS en el Ecuador y en algunos centros de postrado en el Brasil, el Centro de Investigaciones y Estudios de la

---

<sup>22</sup> Ibid 3. pág. 8.

<sup>23</sup> Ibid 3. pág. 9.

Salud (CIES) en Nicaragua son ejemplos, en la América Latina, de esa búsqueda de una Epidemiología acorde con los principios teóricos de la medicina social y más adecuada a la realidad de esos países. Esa línea de abordaje de la cuestión podría ser provisoriamente designada como Epidemiología crítica.

## **LA EPIDEMIOLOGIA EN LA ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.**

El fin de la Epidemiología es ayudar a delinear los problemas de salud, evaluar los riesgos, beneficios y costos relativos y los resultados de los esfuerzos colectivos de los establecimientos de atención de salud en pro del individuo y de la sociedad.

La Epidemiología es la expansión del método científico fuera del laboratorio, el Centro de Salud u Hospital, para llegar a toda la población. En cierto sentido, es el mediador científico de la población, para ayudar a los políticos, los planificadores, los médicos y personal de Salud y aún a la misma población a la utilización racional de los recursos en salud que cada vez son más limitados.

En cuanto a la Administración: Es un proceso dinámico por el cuál se trata de realizar cierto "propósito global" a través de ciertos objetivos, mediante una organización estructurada para ello. Es decir la Administración es un trabajo planificado que se ejecuta con y por medio de personas y de grupo de personas que deben trabajar coordinadamente para alcanzar los objetivos que son lógicamente los que ha impuesto la Organización.

La Organización es un organismo dinámico cuyo componente básico es el ser humano o los seres humanos que le dan vida y la hacen funcionar. Aparecen como muy importantes las motivaciones por el trabajo, los comportamientos humanos, la interacción y la comunicación de las personas y la dirección del conjunto total de normas y personas.

El logro de los objetivos por medio de una Dirección es lo que se llama Administración. Es una Dirección orientada hacia el logro de esos objetivos, la cuál necesita de una organización para la realización del proceso administrativo.

Es necesario establecer algún elemento: Si bien es cierto las funciones Administrativas son la planificación, Organización, Motivación y Evaluación. Necesita de una técnica para su aplicación y esta es la Gestión.

La Gestión forma parte de la Administración y es la que regula las actividades administrativas de tal manera que la Organización pueda desarrollar al máximo sus recursos para obtener los mejores resultados al menor costo posible.

O sea la Administración significa todo el proceso considerado como política plural y particular de la Organización y la Gestión es la aplicación de esa política insistiendo en los aspectos estructurales de la organización y en la ejecución.

Aceptando este criterio las funciones de la Administración se definen de la manera siguiente :

- Función Estructural:
  - Planificación.
  - Organización.
  - Dirección.
  - Forma de Decisiones.
  - Proceso de Evaluación
- Función Humana:
  - Responsabilidades del personal.
  - Relaciones Humanas.
  - Organización de las actividades del personal
  - Coordinación del trabajo del personal superior.
  - Motivación

Y las acciones de la gestión para ejecutar las funciones de la Administración serían:

Planificación de la gestión y de los Recursos.

Ejecución del Plan :

- Organización de los Recursos.
- Cumplimiento del Plan y los Programas.
- Ampliar las normas generales y operacionales.
- Comunicación Administrativa.
- Control y evaluación del sistema

Hay algunas responsabilidades que deben cumplir la administración y su gerencia para cumplir las diferentes funciones asignadas.

1. Identificar y analizar los elementos que dinamizan la gestión y las interinfluencias dentro y fuera de la organización.

2. Identificar los problemas existentes en la Organización y fijar objetivos para superarlos.
3. Definir alternativas y medios para lograr los objetivos.
4. Obtener los recursos necesarios para la acción.
5. Definir las tareas y actividades de cada grupo y cada individuo.
6. Desarrollar las capacidades para cada cual.
7. Motivar al personal para aceptar los objetivos fijados.
8. Realizar la supervisión, el control y la evaluación a fin de ir adaptando las actividades a los resultados.

Manejando estos conceptos se puede hacer la relación de los mismos y la aplicación de la Administración en los servicios de salud.

Lo que une estos conceptos en el proceso de Salud – Enfermedad es la forma de decisiones, que es la esencia misma de la administración, la cual se hace en base a la información la cual es brindada en Salud por la Epidemiología.

La función de la Epidemiología relativa a la administración de los servicios de salud es proporcionar información formal para que constituya una base para la toma de decisiones.

Dentro de la administración la planificación constituye el marco para la toma de las decisiones administrativas. Es a través del proceso de la Planificación Global que se analiza las contribuciones de la Epidemiología a la Administración de los servicios de salud.

Planificar significa diseñar un futuro deseado y los cursos de acción efectivos para lograrlos, el proceso en virtud del cual las decisiones actuales se relacionan en los resultados futuros deseados y su objetivo es enriquecer las toma de decisiones.

La planificación, en síntesis, es el proceso que se ocupa de reunir información y utilizarla para el desarrollo y elaboración de las acciones y actividades de la organización de la salud y la Epidemiología siendo un método, dentro del proceso de planificar para reunir información y establecer lineamiento para ejecutar las actividades o programas.

En este sentido, los aportes de la Epidemiología a la administración de salud se pueden analizar a través de los diferentes pasos de la planificación (en sus diversos niveles: de planificación estratégica, planificación táctica – operativa)

- Identificación de necesidades o problemas : PLANIFICACION
- Determinación de prioridades. : ESTRATEGICA.
- Fijación de objetivos
- Actividades para el logro de objetivos : PLANIFICACION
- Movilización Coordinación de Recursos : TACTICA
- Evaluación. : OPERACIONAL.

La Epidemiología en la planificación estratégica aporta la información para el análisis para establecer posibles objetivos y estudiar los medios posibles para alcanzar dichos objetivos, define indicadores de resultados ideales, se crean los instrumentos para la determinación del comportamiento futuro de las variables externas y en la formulación de curso alternativos de acción a la luz de hechos imprevistos.

En el nivel táctico – operativo proporciona la información para la planeación de las posibilidades de como, cuando y donde se desarrollarán las actividades, la evaluación reorientación de los resultados cuando se detectan desviaciones con respecto a los objetivos.

Es importante destacar que la Administración de servicios de salud requiere de la Epidemiología para la toma de decisiones en cuanto a la planificación, pero requiere además del funcionamiento armónico de las diferentes funciones que desempeña en este proceso: una organización adecuada, una dirección correcta en su accionar, que este de acuerdo a la tendencia de la problemática de salud, la coordinación, la evaluación y sobre todo la motivación de todas las personas que componen la organización.

Resumiendo las contribuciones de la Epidemiología a la Administración de los servicios de salud están dirigidas a las propuestas de solución que se puedan dar a la atención de salud de la población y a los servicios de salud pensando siempre que la Administración es buena o mala dependiendo de la motivación que tienen las personas que la dirigen.

## V. DISEÑO METODOLOGICO

Se realizó un estudio de carácter descriptivo transversal durante los meses de Abril–Agosto 1994, abordando los aspectos relacionados con la concepción y la práctica en Epidemiología que tienen los equipos de dirección de los SILAIS y sus Unidades prestadoras de servicios del Departamento de Managua.

El universo lo constituyeron los equipos de dirección de los SILAIS y de sus unidades prestadoras de Servicios en que se encuentra dividido el departamento de Managua.

La muestra seleccionada para la realizar el estudio fueron los tres equipos dirección de SILAIS que atiende la población de Managua y los equipos de dirección de las 21 áreas de salud y 8 hospitales por ser los territorios priorizados en el desarrollo de la estrategia de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud.

La unidad muestral seleccionada para realizar el estudio fueron los SILAIS y sus Unidades prestadoras de Servicios (unidades administrativas, hospitales y áreas de salud). La unidad de análisis son los miembros de los Equipos de Dirección de las unidades prestadoras de servicios.

En cada unidad administrativa se realizó el estudio de acuerdo a los objetivos planteados, aplicando un instrumento de recolección de datos para cada uno de los recursos humanos que forman parte de los equipos de dirección. (ver anexo).

Se visitó de manera personal por los autores de la investigación todas las sedes de SILAIS y las unidades seleccionadas, al inicio para establecer las coordinaciones con el Director del SILAIS y los Directores de las unidades prestadoras de servicios, posteriormente se hizo una segunda visita para aplicar los instrumentos a todos los miembros del equipo de dirección de las unidades.

La técnica a utilizada para recolectar la información fue la entrevista dirigida a través de un cuestionario con preguntas mixtas (cerradas y abiertas), el cuál fue aplicado en el lugar del trabajo del recurso involucrado en el estudio para ser llenado en ese momento, explicando el motivo de la investigación, los objetivos del cuestionario y posteriormente se explicó la forma del desarrollo del llenado del cuestionario. Este fue llenado por el entrevistado de manera individual en presencia del investigador.(Autoadministrado).



Las variables estudiadas fueron:

- SILAIS
- Hospitales
- Centros de Salud
- Cargo
- Profesión
- Años de Servicios en el cargo
- Años de Experiencia en Epidemiología
- Capacitación recibidas en Epidemiología
- Tipo de Capacitación
- Percepción de Epidemiología
- Importancia de la Epidemiología en su trabajo
- Aplicación de la Epidemiología en el trabajo
- Aportes de la Epidemiología en el Trabajo Diario
- Actividades Epidemiológicas en su unidad
- Relación de la Epidemiología con los programas
- Relación de la Epidemiología con la Actividad de Terreno
- Relación de la Epidemiología en el Estado de Salud de la población
- Relación de la Epidemiología en la Vigilancia
- Epidemiológica
- Relación de la Epidemiología en la Planificación.
- Relación de la Epidemiología en la Organización de los servicios
- Relación de la Epidemiología en la Investigación causal
- Relación de la Epidemiología en la medición de Impacto.
- Factores facilitadores en la práctica Epidemiológica de la Unidad.
- Factores limitantes en la prácticas Epidemiológica de la Unidad.

El instrumento elaborado fue sometido a una prueba piloto para determinar la claridad de las preguntas, la calidad de la información y si brinda la información que se requería para el estudio.

Después de esta prueba se hizo las revisiones y correcciones necesarias para ser impreso los instrumentos.

La prueba se hizo en el SILAIS de Masaya y sus unidades prestadoras de servicios que no fueron seleccionados sus recursos humanos como muestra para no sensibilizar a los recursos sobre el estudio y evitar introducir sesgos.

Después de esta prueba se hizo las revisiones y correcciones finales para hacer la impresión final de los instrumentos.

Durante los meses de Abril-Agosto de 1994, se recolectó la información con un tiempo promedio de 45 minutos para el llenado del instrumento por parte de los entrevistados. Por motivos ajenos a la voluntad de los investigadores y por la dinámica propia de las unidades de salud estudiada no fue posible recolectar información de todos los miembros de los equipos de dirección en el 30% de las unidades, entre éstos imponderables estuvieron los siguientes: habían renunciado y no fueron nombrados los sustitutos en el período de recolección de datos, se encontraban recibiendo algún tipo de capacitación o renegaron rotundamente a llenar el instrumento por considerarlo una evaluación de tipo individual de sus capacidades entre las más importantes.

Los 105 entrevistados representaron el 657% de los recursos nominales existentes en las unidades de salud.

Luego de recepcionar los instrumentos con la información que en ese momento contaban los recursos para contestar los diferentes items del instrumento, se procedió a su codificación creando una base de datos que contenía la información referente a las variables en estudio.

Cumplido el proceso de construcción de la base de datos se procedió a entrecruzar las variables (plan de análisis) de acuerdo a los objetivos específicos planteados, realizando un posterior análisis de tipo cualitativo de los mismos.

Los resultados son presentados en tablas en el programa Word Perfec. 5.1, y para los gráficos se utilizó el programa Harvard Grapic.

El Informe Final fue elaborado utilizando el procesador de texto Word Perfec 5.1.

## **OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES**

### **1. SILAIS:**

Definición operacional: Es la unidad organizativa básica territorial del Ministerio de salud y seleccionada en la muestra.

Valores:       SILAIS Oriental  
                  SILAIS Central  
                  SILAIS Occidental

### **2. UNIDADES PRESTADORAS DE SERVICIO:**

Definición operacional: Es la unidad operativa que presta servicios a la población.

Valores:       Hospital  
                  Centro de Salud

### **3. CARGO:**

Definición operacional: Se refiere a la responsabilidad administrativa que ocupa el recurso en el equipo de dirección.

Valores:       Director  
                  Sud-director médico  
                  Administrador  
                  Responsable de Epidemiología  
                  Jefe de Enfermería  
                  Planificador  
                  otros

### **4. PROFESION:**

Definición operacional: Es la preparación académica alcanzada por el recurso.

Valores:       Médico General  
                  Médico Especialista

Profesional Salubrista  
Lic. en Enfermería  
Enfermera Profesional  
Otros

#### **5. AÑOS DE SERVICIOS EN EL CARGO**

Definición operacional: Es el tiempo que tiene el recurso de desempeñarse en esa responsabilidad administrativa.

Valores:            < de 1 año  
                         1 – 2 años  
                         3 – 5 años  
                         6 – 8 años  
                         9 – más años

#### **6. AÑOS DE EXPERIENCIA EN SALUD PUBLICA**

Definición operacional: Es el tiempo que el recurso tiene de desempeñarse en el área de Salud Pública.

Valores:            < de 1 año  
                         1 – 2 años  
                         3 – 5 años  
                         6 – 8 años  
                         9 – ó más años

#### **7. CAPACITACION RECIBIDA EN SALUD PUBLICA**

Definición operacional: Es la preparación Científico-Técnica que ha recibido el recurso en las áreas de Epidemiología.

Valores:            Si  
                         No

## **8. AREAS DE CAPACITACION**

Definición operacional: son los diferentes temas, entrenamientos o componentes de la Epidemiología recibidos por el recurso.

Valores: Administración en Salud  
Epidemiología  
Ambas – PROCAPAN.

## **9. TIPO DE CAPACITACION**

Definición operacional: son las diferentes formas organizativas de la enseñanza con que el recurso ha sido capacitado.

Valores: Conferencia  
Seminario  
Taller  
Curso  
Especialización  
Maestría  
Doctorado

## **10. CONCEPTO DE EPIDEMIOLOGIA**

Definición operacional: Es la forma de percibir e interpretar que tiene el entrevistado de los aspectos Científicos-Técnicos de la disciplina.

Valores: Ciencia que facilita el diagnóstico y tratamiento de patologías agudas o crónicas.

Ciencia que aporta al diagnóstico de problemas de salud de la comunidad.

- Ciencia que facilita el monitoreo de problemas de salud, patologías y procesos mórbidos en la comunidad.
- Ciencia encargada del estudio de factores de riesgos y la evaluación de esos factores en la comunidad.
- Es un elemento del proceso administrativo gerencial.
- Respuesta que no corresponden.
- No responden.

#### **11. IMPORTANCIA DE LA EPIDEMIOLOGIA EN LA SALUD PUBLICA**

Definición operacional: Es la percepción de la utilidad que el recurso tiene de la Epidemiología.

Valores: Si  
No

#### **12. APORTES DE LA EPIDEMIOLOGIA EN LA SALUD PUBLICA**

Definición operacional: Es la utilización que el recurso menciona del provecho de la Epidemiología en la Salud Pública.

Valores: Abierta, se utilizaron las respuestas dadas por los encuestados.

#### **13. APLICACIONES DE LA EPIDEMIOLOGIA EN EL TRABAJO**

Definición operacional: Es la utilización que el recurso hace en su actividad diaria.

Valores: Abierta, se utilizaron las respuestas dadas por los encuestados.

#### **14. ACTIVIDADES EPIDEMIOLOGICAS QUE SE REALIZAN EN SU NIVEL**

Definición operacional: Son las diferentes actividades o acciones que el recurso percibe se desarrollan en su nivel donde se desempeña.

Valores: Abierta, se utilizaron las respuestas dadas por los encuestados.

#### **15. RELACION DE LA EPIDEMIOLOGIA CON LOS PROGRAMAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

Definición operacional: Es la percepción del recurso entrevistado acerca de la relación que tienen los diferentes programas con la Epidemiología.

Valores: Abierta, se utilizaron las respuestas dadas por los encuestados.

**16. RELACION DE LA EPIDEMIOLOGIA CON LAS ACTIVIDADES DE TERRENO**

Definición operacional: Es el razonamiento que hace el recurso con la relación que guarda la epidemiología con las diferentes actividades que se desarrollan en la comunidad.

Valores: Abierta, se utilizaron las respuestas dadas por los encuestados.

**17. RELACION DE LA EPIDEMIOLOGIA CON EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION**

Definición operacional: Es la aplicación que hace el recurso de la Epidemiología en el estudio de los riesgos y factores de riesgos y su relación con la morbi-mortalidad en la comunidad en el nivel donde trabaja.

Valores: Abierta, se utilizaron las respuestas dadas por los encuestados.

**18. RELACION DE LA EPIDEMIOLOGIA CON LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

Definición operacional: Es la relación que hace el entrevistado sobre la aplicación de la Epidemiología en el monitoreo, evaluación y toma de decisión relacionadas con las enfermedades.

Valores: Abierta, se utilizaron las respuestas dadas por los encuestados.

**19. RELACION DE LA EPIDEMIOLOGIA CON LA PLANIFICACION**

Definición operacional: Es la percepción que hace el recurso de la Epidemiología en los procesos de los cambios deseados en los Silais, Areas de Salud y Hospitales.

Valores: Abierta, se utilizaron las respuestas dadas por los encuestados.

**20. RELACION DE LA EPIDEMIOLOGIA EN LA ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS**

Definición operacional: Es la aplicación que el recurso hace de la Epidemiología en los esfuerzos tendientes al logro de los objetivos trazados para el desarrollo de los servicios.

Valores: Abierta, se utilizaron las respuestas dadas por los encuestados.

## **21. RELACION DE LA EPIDEMIOLOGIA CON LA INVESTIGACION**

Definición operacional: Es la aplicación que el entrevistado hace de la Epidemiología en el análisis de los eventos que causan enfermedad en la población de su unidad o SILAIS

Valores: Abierta, se utilizaron las respuestas dadas por los encuestados.

## **22. RELACION DE LA EPIDEMIOLOGIA EN LA MEDICION DE IMPACTO**

Definición operacional: Es la aplicación que el entrevistado hace de la Epidemiología en la utilización de los indicadores para medir los logros de las actividades realizadas en la Unidad o SILAIS.

Valores: Abierta, se utilizaron las respuestas dadas por los encuestados.

## **FACTORES FACILITADORES**

Definición operacional: Son los elementos técnicos, administrativos y financieros que facilitan al recurso la aplicación de la Epidemiología en sus diferentes actividades.

Valores: Abierta, se utilizaron las respuestas dadas por los encuestados.

## **FACTORES LIMITANTES:**

Son los elementos técnicos administrativos financieros que limitan al recurso para la aplicación de la Epidemiología para sus diferentes actividades.

Valores: Abierta, se utilizaron las respuestas dadas por los encuestados.



## PLAN DE ANALISIS

**Objetivo No. 1** Para la descripción de las características técnicas y profesionales de los recursos que participan en las actividades epidemiológicas se tendrán los siguientes cruces de variables:

- Recursos por SILAIS
- Recursos por Nivel
- Recursos por cargo
- Recursos por profesión
- Recursos por años de experiencia en el cargo
- Recursos por años de experiencia en Salud Pública.
- Recursos por capacitaciones recibidas
- Areas de capacitación y No. de capacitaciones
- Modalidad de capacitación
- Nivel y cargo de los recursos
- Nivel y profesión de los recursos
- Nivel y capacitación de los recursos
- Número de capacitación y cargos de los recursos

**Para el Objetivo No. 2** Para la identificación de los alcances conceptuales en Epidemiología que tienen los recursos gerenciales en estos niveles se cruzaron:

- Concepto de Epidemiología de los recursos
- Concepto de Epidemiología por cargo
- Concepto de Epidemiología por cargo en los Centros de Salud
- Concepto de Epidemiología por cargo en los Hospitales
- Concepto de Epidemiología por cargo en los SILAIS.
- Concepto de Epidemiología por profesión.
- Aportes de la Epidemiología por campos de acción.

- Aportes de la Epidemiología por campos de acción y profesión.
- Aportes de la Epidemiología por campos de acción y cargo.
- Aplicaciones diarias de la Epidemiología en su unidad por campo de acción.
- Aplicaciones diarias de la Epidemiología en su unidad por campo de acción y profesión.
- Aplicaciones diarias de la Epidemiología en su unidad por campo de acción y cargo.
- Actividades diarias realizadas en epidemiología por los recursos por campo de acción.
- Actividades diarias realizadas en epidemiología por los recursos por campo de acción y profesión.
- Actividades diarias realizadas en epidemiología por los recursos por campo de acción y cargo.

**Para el Objetivo No. 3** Para la Identificación de los campos de acción de la Epidemiología en el quehacer diario de las unidades de los sistemas locales tenemos:

- Acciones realizadas en los programas
- Acciones realizadas en los programas por profesión.
- Acciones realizadas por los programas por nivel y cargo.
- Acciones realizadas en actividad de terreno
- Acciones realizadas en actividad de terreno y profesión.
- Acciones realizadas en actividad de terreno por nivel y cargo.
- Acciones realizadas para medir estado de salud
- Acciones realizadas para medir estado de salud y profesión.
- Acciones realizadas para medir estado de salud por nivel y cargo.
- Acciones realizadas en la vigilancia Epidemiológica.
- Acciones realizadas en la vigilancia Epidemiológica y profesión.
- Acciones realizadas en la vigilancia Epidemiológica por nivel y cargo.
- Acciones realizadas en la planificación.
- Acciones realizadas en la planificación y profesión.

- Acciones realizadas en la planificación por nivel y cargo.
- Acciones realizadas en la Organización.
- Acciones realizadas en la Organización y Profesión.
- Acciones realizadas en la Organización por nivel y cargo.
- Acciones realizadas en la Investigación.
- Acciones realizadas en la Investigación y profesión.
- Acciones realizadas en la Investigación por nivel y cargo.
- Acciones realizadas en la medición del impacto.
- Acciones realizadas en la medición del impacto y profesión.
- Acciones realizadas en la medición del impacto por nivel y cargo.

**Objetivo No. 4** Para identificar los factores facilitadores y limitantes de la práctica Epidemiológica en los sistemas locales de salud tenemos:

- Factores que facilitan la aplicación de la Epidemiología en las diferentes acciones de las unidades de salud.
- Factores que limitan la aplicación de la Epidemiología en las diferentes acciones de las unidades de salud.

## RESULTADOS

**Para la descripción de las características técnicas y profesionales de los equipos de dirección de los SILAIS y sus unidades prestadoras de servicios de salud.** De las 105 personas encuestadas, el 46.6% (49) pertenecen al SILAIS Occidental, el 33.4% (35) al SILAIS Central y el 20% (21) al SILAIS Oriental.

**El nivel de atención** donde están ubicados estos recursos el 59% (62) corresponden al Centro de Salud, el 30.5% (32) a Hospitales y el 10.5% (11) a nivel SILAIS.

En la distribución por **cargos** el 22.9% (24) corresponden a Jefes de enfermería, el 19% (20) a Directores de unidad, el 14.3% (15) a sub-directores de atención médica y responsable de epidemiología, el 11.4% (12) a responsable administrativo, el 7.6% (8) al cargo de subdirector docente, el 6.7% (7) a otros cargos que no están contemplados en los equipos de dirección de las unidades estudiadas pero que participan de las decisiones de los equipos de dirección. El restante 3.8% (4) a responsables de planificación.

De acuerdo al **perfil profesional** el 28.6% (30) corresponden a médicos generales, el 18.1% (19) a otros profesionales entre ellos administradores de empresa, trabajadores social, psicólogos, el 16.2% (17) a médicos especialistas, el 15.2% (16) y el 14.3% (15) a enfermeras profesionales y licenciadas en enfermería respectivamente, y el 7.6% (8) a profesionales salubrista.

**Los años de experiencia en el cargo** que tienen los recursos entrevistados el 37.1 (39) tienen más de 5 años experiencia, el 24.8% (26) entre 3 y 4 años, del restante 40% (42) 2 o más años de experiencia.

**Los años de trabajo en el campo de salud pública** el 47.7% (50) tienen de 1 a 5 años, el 21.9(23) más de 10 años, el 15.2% (16) entre 6 y 9 años y el restante 15.2% (16) tienen menos de 1 año.

El 57.1% (60) ha recibido algún tipo de **capacitación** y el 42.9% (45) no han recibido capacitación. De los capacitados el 70% (42) han recibido en el área de epidemiología, el 15% (9) en el área de administración de salud, y el 15% (9) en ambas, a través de los cursos de PROCAPAN. El 36.6% (22) han recibido 4 o más capacitaciones y el 30% (18) sólo una capacitación.

El 36.6% (22) fue a través de la **modalidad** de talleres, el 20% (12) cursos cortos, el 13.3% (8) Maestría de Salud Pública y el 15% (9) PROCAVAN.

Al relacionar el **nivel con el cargo**, del total de recurso encuestados, en los diferentes cargos: Directores: el 55% (11), corresponden al nivel Centro de Salud; el 30% (6) corresponde a Hospitalario. y el 15% (3) al nivel SILAIS. De los Subdirectores de Atención Médica: el 53.3% (8) a Centros de Salud; el 26.6% (4) a Hospitales y el 20% (3) a SILAIS.

De los Subdirectores docentes que respondieron la encuesta, 31 62.5% (5) al nivel Hospitalario y el 37.5% (3) a Centros de Salud. Los responsables administrativos el 58.3% (7) son de Centros de Salud y el 41.7% (5) al nivel Hospitalario. Los responsables de Epidemiología el 73.3% (11) correspondían al nivel de Centros de Salud; el 20% (3) al nivel Hospitalario y el 6.7% (1) al nivel SILAIS. De los Planificadores: 50% (2) corresponden a los niveles Centros de Salud y SILAIS respectivamente.

En las jefaturas de Enfermería del total encuestado, el 58.3% (14) corresponden al Centro de Salud, el 33.3% (8) al Hospital y el 8.4% (2) al SILAIS. De las otras profesiones el 85.7% (6) corresponden al Centro de Salud y el 14.3 (1) al Hospital. (Cuadro No. 10).

En lo referente al **nivel y profesión**, el 96.7% (29) de los médicos generales están ubicados en el nivel de Centro de Salud, el 100% (17) de los especialistas están ubicados el nivel de Hospital, y el 100% de los salubristas en el nivel de SILAIS, las Enfermeras Profesionales el 100% (24) están a nivel de Centro de Salud y las Licenciadas en Enfermería con un 43.8% (7) se encuentran en el nivel de Centro de Salud y Hospital respectivamente, los profesionales con otro título se encuentran distribuidos los Centros de Salud con un 68.4% y en Hospitales con un 31.6% (cuadro No 11).

Al relacionar **Capacitación y Nivel**, el 51.6% (32) refleja la ausencia de capacitación y pertenecen al nivel de Centro de Salud, el nivel de SILAIS el 14% (2) no ha recibido capacitación, el 66.7% (6) en el nivel Hospital han sido capacitados en PROCAVAN lo mismo que el 33.3% (3) en el nivel SILAIS, ningún recurso de los Centro de Salud se preparó en este programa. (Cuadro No 12).

En cuanto a las **Capacitaciones por cargo** refleja que el 40% (8) de los directores no han recibido capacitación y el 20% (4) han sido capacitados en PROCAVAN. El 75% (3) de los responsables de planificación no han sido capacitados fuera de su educación profesional. De los sub-directores de atención médica y Responsables Administrativos el 66.7% no han recibido capacitación. El 27.8% (17)

de los entrevistados han recibido 3 ó 4 capacitaciones. (Cuadro 13)

**La interpretación de los alcances conceptuales en Epidemiología que tienen los recursos gerenciales de estos niveles** del 100% de los recursos encuestados consideran que la Epidemiología "Es la ciencia que facilita la atención, el diagnóstico y tratamiento de patología agudas o crónicas" en un 26.7%(28), con igual porcentaje los que la definen como "ciencia que aporta al diagnóstico de problemas de salud de la comunidad. Un 22.8% (24) lo definen como "la ciencia que facilita el monitoreo de problemas de salud, patologías y procesos mórbidos en la comunidad", un 8.6% (9) no respondieron la pregunta, el 7.6% (8) lo definen como "la ciencia encargada del estudio de los factores en la comunidad", un 5.7% (6) lo refieren como "ciencia o rama de la medicina" sin otra especificaciones y un 1.9% (2) lo definen como "elemento del proceso administrativo gerenciales" ( cuadro No 14).

**La relación del concepto de Epidemiología de acuerdo al cargo en el nivel de área de salud,** de los recursos en este nivel el concepto más frecuentemente citado por un 29% (18) "es la ciencia que facilita el monitoreo de problemas de salud, patologías y procesos mórbidos en la comunidad", el cual fue referido por el 100%(2) de los responsables de planificación, el 36.4% (4) de los responsables de Epidemiología, el 33.3% (1) de los subdirectores, el 28.6% (2) de los administradores, el 25% (2) de los subdirectores docentes y el 18.2% de los directores. "ciencia que facilita la atención, diagnóstico y tratamiento es el concepto más compartido por el 25.8% (16) y quien más lo refieren son los responsables de Epidemiología con un 45.5% (5), el 37.5% (3) de los subdirectores de atención médica y el 36.4% de los directores.

El 16.1% lo consideran como "ciencia que aporta al diagnóstico de problemas de la comunidad" referidos por 36.4%(4) de los directores, el 33.3% (1) de los subdirectores de docencia, el 21.4% (3) de las jefas de enfermeras.

El 35.7% (6) lo definen como "ciencia encargada del estudio de factores de riesgo" especialmente por los responsables de Epidemiología en un 18.2%(2). El concepto "Elemento del proceso administrativo gerencial" fue referido por un subdirector de atención médica. El 6.3% (7) no dieron respuesta y el 5.4% las respuesta no correspondieron.( cuadro N.15).

Los resultados obtenidos en relación del **concepto con el cargo en el nivel de hospital**, el 37.5% (12) consideran que es la "ciencia que aporta al diagnóstico de problemas de salud de la comunidad " referido por el 66.7% (2) de los responsables de epidemiología, el 60%(3) de los responsables

administrativos, el 50% (4) de las jefas de enfermería, 40%(2) de los subdirectores de docencia y 16.6% (1) director. "ciencia que facilita el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades" con un 31.3%(10) considerados por el 75%(3) de los subdirectores de atención médica. el 50% (3) de los directores. el 25% de las jefas de enfermería. El 12.5% (4) la consideran "ciencia que facilita el monitoreo de problemas de salud" referido por subdirectores docente 40%(2). Un 6.3%(2) no responden ó su respuesta no corresponde (cuadro N°16).

**El concepto por cargo en el nivel SILAIS.** El 54.6%(6) lo definen como "ciencia que aporta al diagnóstico de problemas de salud en la comunidad" considerado por el 100% (2) de los responsables de planificación, 66.7%(2) de los subdirectores de atención médica, 50%(1) jefas de enfermería y 33.3%(1) director. El 18.2% (2) respectivamente consideran "ciencia que facilita la atención, el diagnóstico" ó como "ciencia que facilita el monitoreo" (cuadro N°17).

La relación **concepto y profesión** los **Médicos Generales** la conceptualizan como "ciencia que facilita la atención y diagnóstico..." "ciencia que aporta al diagnóstico de problemas de salud..." y "ciencia que facilita el monitoreo de problemas..." con un 26.7% (8) respectivamente, en cambio los médicos especialistas la conceptualizan como "ciencia que facilita la atención, diagnóstico..." con un 40% (8). ~~el~~ **Profesionales salubristas** lo definen como "Ciencia que aporta al diagnóstico de problemas de salud en la comunidad con un 62.5% (5). Las **Licenciadas en Enfermería** al igual que los médicos generales la conceptualizan como "Ciencia que aporta al diagnóstico de problemas.." y "Ciencia que facilita la atención.." con un 26.7%(4) y "Ciencia que facilita el monitoreo.." un 20% (3).

Las **Enfermeras Profesionales** la definen como "Ciencia que aporta al; diagnóstico de los problemas.." un 31.2%(5) y el 25%(4) como "Ciencia que facilita la atención.." y "Ciencia que facilita el monitoreo.."

Las **Otras Profesiones** la definen como "ciencia que facilita el monitoreo.." 26.3% (5), el 21%(4) sus respuestas no corresponden y el 15.8%(3) no respondieron. (Cuadro N°18)

Los **aportes que brinda la Epidemiología al trabajo en los Equipo de dirección en relación con los campo de acción de la Epidemiología** el 35.2%(37) responden que aportan al campo de la vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud principalmente apoyando la vigilancias en las unidades, el estudio de causas de las enfermedades, el control del medio ambiente ó prevención de enfermedades. Un 22.9% (24) aportan al campo de estudio de la situación de salud en los

diferentes grupos de población apoyando al diagnóstico de comunidad, estudio de factores de riesgo y control de enfermedades principalmente. El 20% (21) aportan al campo de la evaluación del impacto en salud en los servicios y otras acciones con la organización y planificación de los servicios disminuyendo la incidencia de enfermedades y de la mortalidad entre otras.

El 9.5% (10) aportan a la investigación causal y explicativa sobre problemas prioritarios apoyándose en la investigación operativa, análisis de factores de riesgo, solución de problemas. El 12.4% (13) no responden a la pregunta (cuadro N°19).

La opinión de **los aportes de la epidemiología de acuerdo a la profesión** los médicos generales se concentran en " el estudio de la situación de salud " un 33.3% (10) y la "vigilancia epidemiológica" un 26.7% (8), los especialistas se inclinan por la "vigilancia epidemiológica" un 58.8% (10). Los salubristas en un 50% (4) al "estudio de la situación de salud en el trabajo de los equipos de dirección (cuadro N.20).

**Las aplicaciones diarias de la Epidemiología en el quehacer diario de acuerdo a los campos de acción**, el 26.7 % (28) aplican al campo de la "vigilancia epidemiológica" realizando principalmente control de focos, prevención y control de enfermedades, vigilancia epidemiológica. El 21.9% (23) al "impacto en salud" a través de la evaluación de acciones, determinación de funciones, organización de servicios y distribución de recursos. El 19.1% (20) a la "investigación causal" a través del análisis de causas de enfermedades, análisis de datos o investigaciones operativas. El 0.9% (1) lo aplica para la realización de " estudio de la situación de salud". El 31.4% (33) no respondió la pregunta.

**Las aplicaciones diarias según la profesión** los médicos generales 26.7% (8) lo aplican en "vigilancia epidemiológica", el 23.3% (7) "evaluación de impacto", el 20% (6) "Investigación causal" y el 30% (9) no responden. El 52.9% (9) de los médicos especialistas no responden y el 29.4% (5) la aplican en la "investigación causal". Los profesionales salubristas el 50% (4) "evaluación del impacto", el 37.5% (3) "investigación causal" y el 12.5% (1) en la "vigilancia epidemiológica". El 53.3% (8) de la licenciadas en enfermería a la "vigilancia epidemiología en el trabajo de los equipos de dirección (cuadro N. 21).

**Las aplicaciones diarias de la Epidemiología en el quehacer diario de acuerdo a los campos de acción**, el 26.7 % (28) aplican al campo de la "vigilancia epidemiológica" realizando principalmente control de focos, prevención y control de enfermedades, vigilancia epidemiológica. El 21.9% (23) al "impacto en salud" a través de la evaluación de acciones, determinación de funciones, organización de



servicios y distribución de recursos. El 19.1% (20) a la "investigación causal" a través del análisis de causas de enfermedades, análisis de datos o investigaciones operativas. El 0.9% (1) lo aplica para la realización de "estudio de la situación de salud". El 31.4% (33) no respondió la pregunta. (Cuadro No. 22)

Las **aplicaciones diarias según la profesión** los médicos generales 26.7% (8) lo aplican en "vigilancia epidemiológica", el 23.3% (7) "evaluación de impacto", el 20% (6) "Investigación causal" y el 30% (9) no responden. El 52.9% (9) de los médicos especialistas no responden y el 29.4% (5) la aplican en la "investigación causal".

Los profesionales salubristas el 50% (4) "evaluación del impacto", el 37.5% (3) "investigación causal" y el 12.5% (1) en la "vigilancia epidemiológica". El 53.3% (8) de la licenciadas en enfermería a la "vigilancia epidemiológica" y el 26.7% (4) en la "evaluación del impacto".

El 56.3% (9) de la enfermeras generales en "vigilancia epidemiológica" y un 25% (4) en la "investigación causal". De las otras profesiones el 31.6% (6) lo aplican en la "vigilancia de impacto" y el 68.4% (13) no responden (Cuadro N°23).

La opinión de los recursos de la **aplicación de epidemiología en el quehacer diario según nivel** relacionándolo con los cargos estratégicos de director y responsable de epidemiología y su ubicación por su campo de acción, el 63.7% (7) de los responsables de Epidemiología refieren "vigilancia epidemiológica", el 33.3% (1) respectivamente de directores de SILAIS, directores de hospital (2) y epidemiólogos de hospital (1), y por el 18.2% (2) de los directores de centros de salud. La "evaluación del impacto" es referida por los directores de los diferentes niveles de la siguiente manera: 33.3% (2) de hospitales, 33.3% (1) de SILAIS y el 18.2% (2) de centros de salud. Los epidemiólogos en cambio la aplican 100% (1) de SILAIS, 66.7% (2) de los hospitales y el 18.2% (2) de los centros de salud. El 63.6% (7) de los directores de centro de salud y el 18.2% (2) de los responsables de Epidemiología no responden (Cuadro No. 24).

La utilización de la epidemiología en las actividades que realizan los recursos de los equipos de dirección de acuerdo a los campos de acción, el 38.1% (40) para la "evaluación del impacto", el 35.2% (37) en "acciones de vigilancia epidemiológica", el 6.7% (7) "estudio de situación de salud", el 20% (21) no responden (Cuadro No. 25).

El registro de las actividades por profesion de acuerdo al campo de acción, el 46.7% (14) de los médicos generales lo utilizan en vigilancia epidemiológica, el 36.7% (11) en la "medición de impacto", el 10% (3) no responden y el 6.6% (2) en el "análisis de situación de salud". Los médicos especialistas, el 52.9% (9) lo utilizan en la "evaluación del impacto", el 41.2% (7) en la "vigilancia epidemiológica y el 5.9% (1), "estudio de la situación". El 62.5% (5) de los salubristas lo utilizan en la "vigilancia epidemiológica" y el 37.5% (3) en "evaluación de impacto".

El 40% (6) de la licenciadas de enfermería en la "vigilancia epidemiológica", el 33.3% (5) en la "medición de impacto" y el 13.3% (2) en el "estudio de salud". El 43.8% (7) de la enfermeras profesionales lo utilizan en el campo de la vigilancia epidemiológica, el 25% (4) en la "medición de impacto", el 18.8% (3) no responden y el 12.5% (2) en el "estudio de situación". Las otras profesiones, el 68.4% (13) no responden y el 31.6% (6) lo utilizan en la "medición de impacto" (Cuadro No. 26).

Las actividades que realizan por nivel en los cargos de director y responsable de Epidemiología contrastado con el campo de acción, la "vigilancia epidemiológica" es referida por el 100% (3) de los directores de SILAIS, el 72.7% (8) de los directores de centros de salud y el 66.7% (4) de los directores de hospital, los responsables Epidemiología lo refieren el 100% (1) del SILAIS, el 63.7% (7) de los centros de salud y el 33.3% (1) de los hospitales.

La "evaluación de impacto" como actividad principal diaria fue referida por el 18.2% (2) de los directores de centro de salud y el 16.6% (1) de los directores de hospital, el 18.2% (2) de los responsables de Epidemiología en centro de salud y el 66.7% (2) en hospital. El estudio de situación fue sugerida por el 16.6% (1) de los directores de hospital y el 18.2% (2) de los responsables de Epidemiología de centros de salud (Cuadro No. 27).

**La identificación de los campos de acción de la Epidemiología en el quehacer diario de los SILAIS y las unidades prestadoras de servicio** en los diferentes componentes o sectores que los investigadores determinaron como principales, los recursos de los equipos de dirección responden para los componentes o sector PROGRAMAS, llama poderosamente la atención que el 63.8% (67) no pudieron definir la diferentes acciones que se realizan en los programas solamente los enunciaron. Un 20% (21) no dio respuesta en ese momento, realizando solamente las acciones de trabajo de terreno, control de foco, prevención y tratamiento visita domiciliar un 12.4% (13); que corresponde al campo de la "vigilancia epidemiológica" y el 3.8% (4) realizan programación, planificación de recursos humanos, análisis de mortalidad, implementación de acciones en el campo de la "investigación causal" (Cuadro No. 28).

Del 63.8% (67) que no definieron las diferentes acciones, se encontró que 68.2% (15) son médicos especialistas, el 75% (6) salubristas, médicos generales un 66.7% (20) y en categoría de otras profesiones un 63.2% (12), las enfermeras profesionales en un 50% (8) y las Licenciadas en Enfermería en un 40% (6).

Del 21% que no respondieron el 36.8% (7) corresponden a la categoría de otras profesiones seguidas por las Licenciadas en Enfermería con un 33.3% (5) y un 25% (2) a salubristas, en menor porcentaje se encuentran los médicos generales en un 13.3% (4); los especialistas un 11.8% (2) y las enfermeras profesionales con un 6.3% (1). De las acciones realizadas en el campo de "vigilancia epidemiológica", que corresponde al 12.4% (13) de los recursos encuestados, el 37.4% (6) son enfermeras profesionales, el 20% (3) son licenciadas en enfermería, el 13.3% (4) son médicos generales.

La "investigación causal" fue sugerida por el 6.7% (2) de los médicos generales, el 6.7% (1) de las Licenciadas en Enfermería y el 6.3% (1) de las enfermeras profesionales. (Cuadro N°29).

Según las acciones en los programas por cargo en los diferentes niveles de los que solamente enunciaron los programas "Respuestas que no corresponden" están el 100 % (6) de los directores de Hospitales, el 100 % de los directores de SILAIS y el 72.7 % (8) de los directores de Centros de Salud, en cuanto a los responsables de Epidemiología lo refirieron el 100 % (3) de los Hospitales, 100 % (1) de los SILAIS y el 36.3 % (4) de los Centros de Salud, de los Sub directores de Atención Médica el mayor porcentaje 100% (4) fue de los Hospitales y el 100 % de SILAIS, seguido del 75% (6) de los Centros de Salud.

Las acciones de programas en "vigilancia Epidemiológica" por son referidas por el 54.5 % (6) de los responsables de Epidemiología del Centro de Salud y el 12.5 % (1) de los sub directores de Atención médica.

El campo de la "Investigación causal" es por el 12.5 % de los subdirectores de Atención Médica y el 9.1 % (1) de los responsables de Epidemiología, ambos de las áreas de Salud, solamente el 9.1 % (1) de los directores de Centro de Salud no respondió la pregunta en ese momento (cuadro No. 30).

Según las acciones realizadas por los recursos en la actividad de terreno el 57.1% (60) los relacionan con el campo de la "vigilancia epidemiológica" a través de visita domiciliar, control de focos, llenado de fichas principalmente. Seguido por el 20% (21) que lo relaciona con el campo de la "evaluación

de impacto" a través de la planificación, análisis de actividades, organización de recursos y equipos etc. Un 17.1% (18) no responden y un 2.9% (3) dieron respuestas que no correspondían y un porcentaje igual realizan acciones en el campo de "estudio de situación" a través de saneamiento ambiental en la asistencia programa etc. (Cuadro No. 31).

Del 57.1% (60) de la muestra que optó por el campo de la "vigilancia epidemiológica", el 75% (6) son salubristas, el 68.8% (11) son enfermeras profesionales, el 66.7% (20) médicos generales seguido por el 52.6% (10) de otras profesiones, un 46.7% (7) licenciadas en enfermería y un 35.3% (6) son médicos especialistas.

De los que optaron por "investigación causal" el 35.3% (6) son especialistas, un 26.7% (4) son licenciadas en enfermería, un 18.8% (3) son enfermeras profesionales, el 16.7% (5) son médicos generales y en menor porcentajes se encuentran los salubristas y los de otras profesiones con un 12.5% respectivamente.

De los que no respondieron 17.1% (18) los mayores porcentajes están en los médicos especialistas con un 29.4% (5) seguido por la categoría de otras profesiones con un 26.3% (5), después lo siguen las licenciadas en enfermería con 20% (3), médicos generales con un 13.3% (4) y por ultimo los salubristas con un 12.5% (1). Del 2.9% (3) de la muestra que dieron respuesta que no correspondía el 6.6% (1) corresponden a Licenciadas en Enfermería, el 5.3% (1) a otras profesiones el 3.3% (1) a médicos generales (Cuadro No. 32).

De los que cumplen con la actividad de "vigilancia epidemiológica" en un mayor porcentaje están los responsables de Epidemiología de SILAIS con un 100% (1) seguido por los de centro de salud y directores de centro de salud con un 81.8% (9) para cada uno de ellos, le siguen las jefas de enfermería que están en los centros de salud con un 78.6% (11), los directores de SILAIS con un 66.7% (2) y las jefas de enfermería de hospital con un 62.5% (5), en un menor porcentaje están los responsables de Epidemiología de los hospitales con un 33.3% (1) y los directores de hospital con un 16.7% (1) de los que realizan la actividad de "investigación causal" el mayor porcentaje lo tienen los directores de hospitales con el 50% (3), lo siguen las jefas de enfermeras de hospitales con un 12.5% (1), los directores de centros de salud con un 9.1% (1) y las jefas de enfermera con un 7.1% (1).

De los elementos de la muestra que no respondieron se encuentran entre directores de hospital, directores de SILAIS y responsables de Epidemiología de hospital con un 33.3% para cada uno de ellos, lo siguen las jefas de enfermeras de hospital con un 25% (2), en menos porcentaje los directores de

centros de salud, los responsables de Epidemiología de centro de salud con un 9.1% (1) respectivamente. Entre los miembros de la muestra que dieron respuesta que no correspondían están los epidemiólogos de hospital con un 33.3% (1) y de centro de salud con un 9.1% (1). (Cuadro No. 33).

De acuerdo a las acciones realizadas para medir el estado de salud de la población se encuentra que el mayor porcentaje 45.7 % (48) lo relaciona con "Estudio de Situación", estas son: enfermedades de la población por edad y sexo, condiciones de problemas prioritarios, selección de problemas, seguido por los que no respondieron con un 22.9 % (24); un 14.3% (15) por los que lo asocian a "Vigilancia Epidemiológica" a través de estudio de casos, control de foco, prevención de enfermedades principalmente.

Un 7.6 % (8) en "investigación causal" con diagnóstico de enfermedades, 5.7 % (6) con "Evaluación de Impacto" a través de disponibilidad de recursos, costos y beneficios sociales de los programas principalmente, por último un 3.8% con respuestas que no corresponden como no apoya la gerencia, no se realizó mediciones (cuadro No. 34).

La revisión **por profesión de las acciones realizadas para medir el estado de Salud** del 45.7 (48) que apoyan el "estudio de situación", 66.7% (20) de los médicos generales, el 50% (4) de los salubristas, el 47.1% (8) de Médicos especialistas, el 43.8% (7) de enfermeras profesionales, el 40% (6) de lic. en Enfermería y en menor porcentaje está la categoría de otros profesionales con 15.7 % (3).

De los que no respondieron que fue el 22.9 % (24) están distribuidos de la siguiente manera, el 63.2 % (12) de la categoría otros profesionales, el 23.4 % (4) de los médicos especialistas, un 13.3 % (2) de las Licenciadas en Enfermería, el 12.5% de los salubristas y enfermeras profesionales y un 10% (3) de los médicos generales.

Del 14.3 % (15) que lo relacionan con "Vigilancia Epidemiológica", el 25% (2) son salubristas, el 21.4% (4) son de la categoría otros profesionales, el 13.3 % (4) son médicos generales, 12.5% (2) enfermeras profesionales, 11.8% (2) médicos especialistas y por último está la Licenciada en Enfermería con un 6.7 % (1).

Del 7.6 % (8) que realizan acción en "investigación causal" son: el 26.7% (4) de las Licenciada en Enfermería, lo siguen con el 12.5% de los salubristas y de las enfermeras profesionales y un 5.9 % (1) de los médicos especialistas.

La "Evaluación de impacto" citada por el 5.7% (6) de los encuestados es apoyado por el 18.7 % (3) de las enfermeras profesionales, 13.3 (2) de las Licenciada en Enfermería y el 3.3% (1) de los médicos generales. De las respuestas que no correspondían 3.8% (4) de la muestra son 11.8% (2) de los médicos especialistas y el 6.7% (2) de los médicos generales (cuadro No. 35).

**La medición del estado de salud según el cargo y ubicación por nivel**, refleja lo siguiente "el estudio de situación de salud" son apoyados mayoritariamente por 66.7 % (2) directores de SILAIS, 62.5% (5) de los subdirectores de Atención Médica de los Centros de Salud, el 54.5% (6) directores y responsables de Epidemiología de Centros de Salud respectivamente, por el 50% de los directores de Hospitales y Sub directores de Atención Médica de Hospital para cada cargo y el 33.3 % (1) los responsables de Epidemiología de Hospital los que apoyan "Vigilancia Epidemiológica" presenta al 50% (2) de los subdirectores de Atención Médica de los hospitales, seguido por los directores de SILAIS, responsables de Epidemiología de hospital, subdirector de Atención Médica de SILAIS con 33.3 % para cada uno de ellos, el 27.3% de los responsables de Epidemiología de Centro de Salud seguido por el 18.2 % (2) de los directores de Centro de Salud.

La "Investigación causal" es referida por el 33.3% (1) de los subdirectores de Atención Médica de SILAIS, el 16.7% (1) de los directores de Hospital,, 12.5% (1) de los subdirectores de Atención Médica de Centro de Salud y el 9.1 % (1) de los responsasbles de Epidemiología de Centro de Salud.

La "Evaluación de Impacto" es apoyada por 25% (2) subdirectores de Atención Médica de Centro de Salud y un 9.1 % (1) de los directores y responsables Epidemiología de centros de Salud respectivamente.

Los resultados informan que dentro de los que no respondieron sobresalen los responsables de Epidemiología de SILAIS con 100% (1), el 33.3 % de los directores de hospital y responsable de Epidemiología de Hospital respectivamente y un 9.1% (1) de los directores de Centro de Salud, las respuestas que no correspondían fueron dadas por el 9.1 % (1) de los directores de Centro de Salud (cuadro No. 36).

**Según las acciones de Vigilancia Epidemiológica realizadas por los equipos de dirección**, el mayor registro se da en el campo de "vigilancia epidemiológica" con un 56.2% (59) a través de registro y captación de casos, control de foco, prevención, control de vectores principalmente, seguido del campo de "Investigación causal" con un 24.8% (26) a través de distribución de recursos, comité de análisis de

frecuencia y comportamiento de enfermedades principalmente. El 16.2 % (17) de la muestra no respondió la pregunta y el 2.9 % (3) dio respuestas que no correspondían como lo la conozco, no se hace vigilancia Epidemiológica verdadera (cuadro No. 37).

De acuerdo a los resultados de la **acción de Vigilancia Epidemiológica por profesión** de los recursos encuestados, del 56.2 % (59) que la asoció con el campo de la "vigilancia Epidemiológica" correspondió al 63.3 % (19) de los médicos generales, 60% (9) de las Licenciada en Enfermería, 57.9 % (11) de otros profesionales, el 56.3% (9) de las enfermeras profesionales, el 52.9% (9) de los médicos especialistas y el 25% (2) de los salubristas.

Del 24.8% (26) de la muestra que refiere el campo de la "Investigación causal" como actividad principal de Vigilancia Epidemiológica, el 62.5% (5) de los salubristas, 31.3% (5) de las enfermeras profesionales, el 26.7% (4) de las Licenciada en Enfermería, el 23.5% (4) de los especialistas, seguido del 20% (6) de los médicos generales y los otros profesionales con un 10.5 % (2) entre los que no respondieron 16.2 % (17) de los encuestados están el 26.1% (5) de categoría otros profesiones, 23.5% (4) de los médicos especialistas, 16.5% (1) de los salubristas, un 13.3% (2) Licenciada en Enfermería, el 12.4% (2) enfermeras profesionales y el 10% (3) de los médicos generales, de los que su respuestas no correspondían están el 6.7% (2) de los médicos generales y el 5.3% (1) de otras profesiones (cuadro No. 38)

Según las **acciones de vigilancia epidemiológica por cargo en los diferentes niveles** de los recursos que refieren el campo "vigilancia epidemiológica" el 75% (3) son subdirectores de Atención Médica de Hospital, 72.7% (8) directores de Centro de Salud, 66.7% (4) directores de Hospital, 63.6% (7) responsable de Epidemiología de Centro de Salud y el 33.3% (1), correspondió a directores de SILAIS epidemiólogos de Hospital y subdirectores de Atención Médica de SILAIS respectivamente.

De los recursos que optaron por "Investigación causal" el 66.7% (2) correspondió a directores y subdirectores de Atención Médica de SILAIS respectivamente, el 50% (4) de los subdirectores de Atención Médica de Centro de Salud y luego siguieron el 33.3% (1) responsable de Epidemiología de Hospital, 27.3% (3) de Centro de Salud, el 25% (2) subdirectores de Atención Médica de Hospital 18.2% (2) directores de Centro de Salud y 16.7% (1) director de Hospital. De los que no respondieron están el 100% (1) epidemiólogo de SILAIS, 16.7% directores de Hospital y 9.1% (1) director de Centro de Salud y las respuestas que no correspondieron fueron dadas por 33.3% (1) responsable de Epidemiología de Hospital y 9.1% (1) de Centro de Salud (Cuadro No. 39).

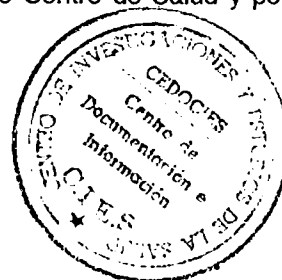
Las **acciones de Planificación en los equipos de dirección** de las Unidades estudiadas de acuerdo a los campos de acción, se encuentra que el campo de la "Investigación Causal" es el mas referido con un 45.7% (48) con acciones como intervención por programas, Planificación, organización y organización de servicios, toma de decisiones principalmente, seguido por el de "Vigilancia Epidemiológica" con acción de control de enfermedades de transmisión vectorial, trabajo de terreno, vacunación entre otras con un 18.1% (19) igual porcentaje presento los que no respondieron, a continuación esta el "estudio de la situación de salud" con actividades de incidencia de diarrea y otras enfermedades de la población con un 17.1% (18). Las respuestas que no corresponden como planifica el director con un 0.9% (1) (Cuadro No. 40).

Las **acciones de Planificación de los equipos de dirección por profesión en los diferentes campos de acción**, los que corresponden al campo de la "Investigación causal" 45.8% (48) fueron emitidos por el 75% (6) de los salubristas, el 70.6% (12) de los médicos especialistas, 56.7% (17) de los médicos generales, el 32.2% (5) de las enfermeras profesionales, las Licenciada en Enfermería con un 26.7% (4) y la categoría otras profesiones con un 21% (4).

De los 18.1% (19) de los encuestados que refirieron el campo de "vigilancia epidemiológica" correspondieron al 26.4% (5) de otras profesiones, 25% (2) salubristas, los médicos generales y Licenciada en Enfermería con un 20% respectivamente, el 12.5% de las enfermeras profesionales y el 59 % (1) de los especialistas. Con estos mismos porcentajes de encuestados 18.1% (19) esta la categoría "no respondieron" y correspondió a un 31.6% de otras profesiones, 25% (4) de las enfermeras profesionales, el 20% (3) de las lic. en enfermería 17.5% (3) médicos especialistas y el 10% (3) médicos generales. Del 17.1% (18) que optaron por el "estudio de la situación de salud" están el 33.3% (5) de las Licenciada en Enfermería, 25% (4) de las enfermeras profesionales, el 21% (4) de otras profesiones seguido por los médicos generales con el 13.3% (4) y los médicos especialistas con un 5.9 % (1).

De los que no correspondieron sus respuestas se encuentran el 0.9 % de la muestra que pertenece al 6.3% (1) enfermera profesional (Cuadro No. 41).

Según las **acciones de planificación por cargo en los diferentes niveles** de los recursos que seleccionaron el campo de la "Investigación causal" fueron el 100% de los subdirectores de Atención Médica y Epidemiólogos de SILAIS, el 66.7% de los directores de SILAIS, directores de hospital, subdirector de Atención Médica de Hospital y responsable de Epidemiología de Hospital respectivamente, el 54.5% (6) de los directores y responsable de Epidemiología de Centro de Salud y por último el 25%





(2) de los subdirectores de Atención Médica de Centro de Salud.

El campo de "Vigilancia epidemiológica" es apoyado por 33.3% (1) de los directores de SILAIS, 27.3% (3) de los responsable de Epidemiología de Centro de Salud, 25% (2) de los subdirectores de Atención Médica, el 18.2% (2) directores de Centro de Salud y el 16.7% (1) de los directores de Hospital.

El estudio de situación lo refieren el 50% (4) de los subdirectores de Atención Médica de Centro de Salud el 33.3% (1) de los subdirectores de Atención Médica de Hospital 27.3% (3) de los directores de Centro de Salud y el 18.2% (2) de los responsable de Epidemiología de Centro de Salud. Las respuestas que no correspondieron fueron dadas por el 33.3 % (1) de los responsable de epidemiología de Hospital y el 16.2 % (1) director de Hospital (Cuadro No. 42).

**Las acciones de Organización de los equipos de dirección de las unidades estudiadas**  
**Según los campos de acción**, se encuentra que los recursos encuestados realizan un menor porcentaje de acciones en el campo de la "Investigación causal" con un 39.1% (4) que corresponde a actividades de coordinación y ejecución de acciones, capacitación y aplicación de normas, asignación y ubicación de recursos, intervención por programas principalmente.

Un 23.8% (25) las relaciona con la "Evaluación del Impacto" a través de actividades de medir el comportamiento de los problemas, disponibilidad de los recursos técnicos entre otros.

El 15.2% (16) lo relaciona a la "Vigilancia Epidemiológica" a través de las indicadas al perfil o la jornada de vacunación, el 11.4% (12) al "Estudio de la situación de salud" refiriéndose a la priorización de los recursos.

Un 6.7% (7) no dio respuesta y un 3.8% (4) refiere que no hay Organización y es un desorden ubicándose en la categoría de respuestas que no corresponde (Cuadro No. 43).

**Dentro de las acciones de Organización en los equipos de dirección por profesión**, quien mas la realizan dentro del campo de la "Investigación causal" del 39.1 % (41) de la muestra son los salubristas en un 50% (4) de ellos, seguido por el 47% (8) de los médicos especialista, 46.7% (14) de los médicos generales, 40% (5) de las Licenciada en Enfermería, el 31.2% (5) de las enfermeras profesionales y el 21% (4) de las otras profesiones.

La "Evaluación de Impacto" como actividad organizativa referida por el 23.8% (25) de los recursos encuestados son los salubristas que la realizan con mayor frecuencia con un 50% (4) de ellos, seguido por el 31.2% (5) de las enfermeras profesionales, el 26.7% (8) de los médicos generales, 20% (3) de las Licenciadas en Enfermería y un menor porcentaje 15.8% (3) otros profesionales y 11.8% (2) de los médicos especialistas.

La "Vigilancia Epidemiológica" del 15.3% (16) de los recursos es apoyada por 36.8 % (7) de otras profesiones, 20% (3) de las Licenciada en Enfermería, 11.8% (2) de los especialista y en menor porcentaje por el 10% (3) de los médicos generales y 6.8% (1) de las enfermeras profesionales.

El 11.4% (12) de los recursos que se inclinan por el "Estudio de situación de salud" es apoyado por el 18.7% (3) de las enfermeras profesionales, el 13.3% (2) de las Licenciada en Enfermería, el 11.8% (2) de los especialistas y en menor porcentaje por otras profesiones 12.5% (2) y médicos generales 10% (3). Los que no respondieron fueron el 67% (7) de los encuestados que comprende al 11.8% (2) especialistas, 6.7% de médicos generales y Licenciada en Enfermería respectivamente, 6.3% (1) de enfermeras profesionales y 5.3% (1) de otras profesiones, las respuestas que no corresponden fueron dadas por el 10.6% (2) de otras profesiones, 6.3% (1) enfermera profesional y 5.8% (1) médicos especialistas (Cuadro No.44).

**Las acciones de Organización vistas desde el cargo en los distintos niveles,** se obtuvieron las siguientes respuestas: la "Investigación causal" fue sugerida por el 100% (1) de los epidemiólogos del SILAIS, 66.7% (2) de los responsable de Epidemiología de Hospital, 54.5% (6) del Centro de Salud, el 33.3% de los directores de Hospital, directores de SILAIS y subdirectores de SILAIS respectivamente, por el 27.3% (3) directores de Centro de Salud y el 12.5% (1) de los subdirectores de Centro de Salud.

La "Evaluación del Impacto" es avalada por el 66.7 % (2) de los directores y subdirectores de Atención Médica de SILAIS, 50% de los subdirectores de Atención Médica de Hospital, 45.5% (5) de los directores de Centro de Salud, en menor porcentaje, el 25% (2) de los subdirectores de Atención Médica de Centro de Salud, 18.2% (2) de los responsable de Epidemiología de Centro de Salud y 16.7% (1) de los directores de Hospital.

La "Vigilancia Epidemiológica" es sugerida por 25% (2) de los subdirectores de Atención Médica de Centro de Salud, 18.2% (2) de los responsables de Epidemiología de Centro de Salud, 16.7% (1) de los Directores de Hospital y el 9.1 % (1) de los Centros de Salud.

El "Estudio de la situación de salud" es referido por el 37.5% (3) de los subdirectores de Centro de Salud, 25% (1) de los subdirectores de Atención Médica de Hospital, el 10.7% de los directores de Hospital y el 9.1% de los directores y responsables de Epidemiología de Centro de Salud.

Los que no respondieron corresponde al 25% (1) de los subdirectores de Atención Médica de Hospital, 16.7% (1) director de Hospital y el 9.1 % de los directores de Centro de Salud (Cuadro No. 45).

**Según las acciones de Investigación epidemiológicas realizadas por los equipos de dirección de acuerdo a los campos de acción**, el campo mas frecuentemente citado es el "estudio de situación de salud" con el 34.3% (36) con acción de sitio Centinela, búsqueda de casos, Investigación de pedologías, análisis situacional principalmente, lo siguen el campo de la "Investigación causal" con el 24.8% (26) con actividades de evaluación de actividades y elaboración de normas, los que no dieron respuesta correspondió al 16.1% (17), el campo de la "Vigilancia epidemiológica" fue citado por el 10.5% (11) a través de el llenado de boletas de enfermedades de notificación obligatoria, en menor porcentaje esta el campo de la "Evaluación del impacto" con un 9.5% (10) a través de la disponibilidad de recursos, eficacia direccional de los técnicos, conocimiento de los factores de riesgo principalmente y por ultimo un 4.8% (5) que refiere que no hay tiempo para investigar, "solo saco trabajo" que se sitúa en la categoría de respuestas que no corresponden (Cuadro No. 46).

**Las acciones de Investigación por profesión en los campos de acción**, del 34.3% (36) de los recursos que relacionan las actividades de Investigación con el campo del "estudio de situación de salud" corresponden al 53.3% (8) de las Licenciadas en Enfermería, el 43.3% (13) de los médicos generales, el 37.5% (6) de las enfermeras profesionales, el 35.3% (6) de los médicos especialistas y en menor grado el 18.8 % (3) de las otras profesiones.

Los que apoyaron el campo de la Investigación son el 24.8% (26) de los encuestados correspondiendo al 62.5% (5) de los salubristas, el 31.6% (6) de las categoría otros, el 23.3% (7) corresponde a médicos generales, en menor porcentaje esta el 20% (3) de las Licenciadas en Enfermería, 17.6% (3) de los especialistas y el 12.5% (2) de las enfermeras profesionales.

Las que no respondieron 16.2% (17) de los recursos, el mayor porcentaje correspondió al 26.3% (5) de categoría otros, 18.7% (3) a enfermeras profesionales, 17.6% (3) de los médicos especialistas y el 13.3% a los médicos generales y Licenciadas en Enfermería respectivamente.

De los que optaron por el campo de "vigilancia epidemiológica" 10.5% (11) de los recursos encuestados son el 21% (4) de otras profesiones, 12.5% (2) enfermeras profesionales, 10% (3) de los médicos generales y en menor grado 6.7% (1) y 5.9% (1) de las Licenciadas en Enfermería y médicos especialistas respectivamente.

El campo de la "Evaluación del impacto" apoyado por el 9.5% (10) es compartido por el 37.5% (3) de los salubristas, el 12.5% (2) de las enfermeras profesionales y el 11.8% (2) de los médicos especialista y en menor porcentaje el 6.7% de los médicos generales y Licenciada en Enfermería respectivamente.

La no correspondencia de las respuestas se dio principalmente entre los médicos especialistas en un 11.8% (2) y el 6.3% (1), 5.3% (1), 3.3% (1) que corresponde a las enfermeras profesionales, otras profesiones y médicos generales respectivamente (Cuadro No. 47).

**Las acciones de Investigación por cargo en los diferentes niveles**, los recursos que refirieron el campo de acción del "Estudio de la situación de salud" el 63.7% (2) corresponden a directores de Centro de Salud, el 50.5% (3) directores de Hospital, 86.4% (4) responsables de Epidemiología de Centro de Salud, el 33.3% de los directores de SILAIS y de los de Hospital respectivamente, en menor porcentaje lo sugieren el 25% de los subdirectores de Atención Médica de centros de salud y hospital respectivamente.

Los que opinaron por el campo de la "Investigación causal" fueron el 66.7% (2) de los subdirectores de Atención Médica de SILAIS, el 33.3% (1) de los directores de SILAIS y responsable de Epidemiología de Hospital, el 27.3% (3) de los responsables de Epidemiología de Centro de salud, el 25% de los subdirectores de hospital y centro de salud respectivamente y con menor porcentaje el 18.2% (2) de los directores de Centro de salud y el 16.7% (1) de los directores de hospital.

De los que dieron respuesta, el 16.1% (17) de la muestra, correspondían el 33.3% (1) son responsables de epidemiología de hospital, el 25% (1) subdirectores de Atención Médica de hospital, 12.5% (1) subdirectores de Atención Médica de centro de salud y en menor porcentaje el 9.1% (1) directores de Centro de Salud y responsable de Epidemiología de centro de salud respectivamente. La "vigilancia epidemiológica" fue sugerida como campo por 25% (2) de los subdirectores de Atención Médica de los centros de salud, el 16.7% (1) de los directores de hospital y el 9.1 % (1) de los Responsable de Epidemiología de los centros de salud.

La Evaluación del impacto fue citada por el 100% (1) de los epidemiólogos del SILAIS, el 33.3% de los directores de SILAIS y subdirectores de Atención Médica de SILAIS, el 16.7% (1) de los directores de hospital, 12.5% (1) de los subdirectores de Atención Médica de centro de salud y finalmente el 9.1% (1) de los directores y epidemiólogos de centro de salud, las respuestas que no corresponden por campo fue el 9.1% de los epidemiólogos de centro de salud (Cuadro No. 48).

**Las acciones de medición de Impacto en los equipos de dirección de las unidades estudiadas de acuerdo a los campos de acción,** los resultados fueron los siguientes: el 31.4% (33) en el campo de la vigilancia epidemiológica con la acción de prevención de epidemias, control de factores de riesgo o adecuación y origen de problemas. La no respuesta ocupó el segundo lugar con un 21.9% (23). El campo de la Evaluación de impacto lo refieren el 16.3% (17) con acciones como medir el comportamiento de los problemas priorizados, disponibilidad de recursos y su utilización, medición de costos y beneficios sociales de las medidas usadas.

El 15.2% (16) lo refiere a través del campo de la "Investigación causal" con acciones de Evaluación de programas principalmente.

El 11.4% (12) de los recursos con acciones de sitio centinela o comportamiento de pedologías, lo refieren al campo de "estudio de situación de salud". Las respuestas que no correspondan como no se hace ó no se realiza fue de un 3.8% (4) (Cuadro No. 49).

**Las acciones de medición de impacto de los equipos de dirección de acuerdo a su cargo en los diferentes niveles,** obtuvieron los siguientes resultados: De los 31.4% (33) recursos que optaron por el campo de la "vigilancia epidemiológica" el 46.7% (7) eran Licenciadas en Enfermería, el 41.7% (7) médicos especialistas seguidos por el 33.3% (10) médicos generales y en menor porcentaje el 26.4% (5) y el 25% (4) otras profesiones y enfermeras profesionales respectivamente.

Del 21.9% (23) recursos que no respondieron en ese momento fue el 52.6% (10) de otras profesiones el 23.5% (4) de los especialistas seguido por el 18.7% (3) enfermeras profesionales y en menor porcentaje 13.4% (2), 12.5% (1) y 10% (3) de las Licenciada en Enfermería, salubristas y médicos generales respectivamente. La Evaluación del impacto como campo de medición fue apoyada por 37.5% (3) de los salubristas, el 30% (9) de los médicos generales, el 17.3% (3) de los especialistas y en menor porcentaje por el 6.7% (1) de las Licenciadas en Enfermería y el 6.3% (1) de las enfermeras profesionales.

La medición del impacto a través del campo de la "Investigación causal" fue apoyada por el 50.5% (4) de los salubristas, por el 13.3% (4) de los médicos generales y en menor porcentaje por el 13.4% (2), 12.5% (2), 10.8% (2) y 10.5% (2) de las Licenciadas en Enfermería, enfermeras profesionales, especialistas y otros profesionales que conforman el 15.2% (16) de los encuestados.

El estudio de la situación de salud como campo de medición lo respaldaron el 11.4% (12) que corresponde al 37.5 % (6) de las enfermeras profesionales, 13.4% de las Licenciadas en Enfermería y en menor porcentaje el 10% (3) de los médicos generales y el 5.9% (1) de los especialistas.

Las respuestas no deseadas las dieron el 10.5% (2) de las otras profesiones y el 6.7% (1) y 3.3% (1) de las Licenciada en Enfermería y médicos generales respectivamente que corresponden al 3.8% (4) de los encuestados (Cuadro No. 50)

**Según las acciones de medición de impacto por cargo y nivel de los diferentes equipos de dirección,** el campo de la "vigilancia epidemiológica" fue sugerido por el 50% (2) de los subdirectores de Atención Médica de los Centros de Salud, 45.5% (5) de los responsables de Epidemiología de centro de salud, el 33.3% (1) de los epidemiólogos de hospital y en menor porcentaje el 25% (2) de los subdirectores de Atención Médica y el 16.6% (1) y 9.1% (1) de los directores de hospital y centro de salud respectivamente.

El campo de la "Evaluación de impacto" lo refirieron el 100% de los directores de SILAIS y de los epidemiólogos de SILAIS, 66.3% (2) subdirectores de Atención Médica SILAIS, el 36.4% (4) de los médicos generales y en menor porcentaje 33.3% (1), 25% (1), 16.7% (1) y el 12.5% (1) de los responsables de Epidemiología, subdirector de Atención Médica de hospital, directores de hospital, subdirectores de Atención Médica de centro de salud respectivamente.

Dentro de los que no responden están el 50% de los directores de hospital, 25% (1) de los subdirectores de Atención Médica de hospital, en menor porcentaje 18.2% (2), 12.5% (1) y 9.1% que corresponden a responsables de Epidemiología de centro de salud, subdirectores de Atención Médica de centro de salud y directores de centro de salud respectivamente.

La "Investigación causal" como medición es apoyada por 50% (4) de los subdirectores de Atención Médica de centros de salud, el 27.3 (3) de los directores y responsable de Epidemiología de centro de salud respectivamente y en menor grado el 16.6 % (1) de los directores de hospital.

El estudio de situación de salud es referido por el 33.3% (1) de los epidemiólogos de hospital, 18.2% (2) de los directores de Centro de salud y el 9.1% de los epidemiólogos de centro de salud. (Cuadro No. 51)

La identificación de los factores facilitadores y limitantes de la práctica epidemiológica en las SILAIS y las unidades prestadoras de servicios.

El cuadro No. 1 representa los factores facilitadores reconocidos por los recursos encuestados en los diferentes componentes estudiados. Los principales factores facilitadores encontrados en el componente **programas** en primer lugar fueron requeridos los de **motivación** con un 40% (22) citando la asesoría, disposición de los trabajadores y las disciplina. En requerida materiales educativos Recursos Humanos adecuados con un 26.7% (28).

Para la realización de la Investigación Epidemiológica los factores facilitadores citados fueron los factores **educativos** con un 33.1 (40) y los de motivación con un 32.4% (34).

La **medición de impacto** en las actividades prestadoras de servicio su realización es facilitada por los factores organizativos según opinión del 40% (42) y de los de motivación citados por el 20% (21).

– Los factores que dificultan el desarrollo normal en los diferentes componentes estudiados, los recursos encuestados opinaron que para el componente **programas** los factores limitantes citados fueron los **recursos tecnico materiales** entre ellos mala aplicación de las normas, falta de transporte, datos estadísticos incompletos, poco abastecimiento de materiales etc. Los factores Organizativos son otros de los factores limitantes citada entre estos mala definición de objetivos, con un 49.5% (52) seguidos por un 37.1% (39).

En la **planificación** los factores que facilitan dicha actividad citadas por los encuestados encontramos que son nuevamente los **organizativos** en un 60% (63).

Las actividades diarias para lograr el componente de **organización** para su realización los factores que la facilitan son : Los **organizativos** 43.8% (46) seguido de los factores educativos citando entre estos la actualización, educación, formación de Brigadistas, existencia de materiales educativos Recursos Humanos adecuados con un 26.7% (28).

Para la realización de la Investigación Epidemiológica los factores facilitadores citados fueron los factores **educativos** con un 33.1 (40) y los de motivación con un 32.4% (34).

La **medición de impacto** en las actividades prestadoras de servicio su realización es facilitada por los factores organizativos según opinión del 40% (42) y de los de motivación citados por el 20% (21). (cuadro No. 52).

– Los factores que dificultan el desarrollo normal en los diferentes componentes estudiados, los recursos encuestados opinaron que para el componente **programas** los factores limitantes citados fueron los **recursos técnico materiales** entre ellos mala aplicación de las normas, falta de transporte, datos estadísticos incompletos, poco abastecimiento de materiales etc. Los factores Organizativos son otros de los factores limitantes citada entre estos mala definición de objetivos, falta de equipo de trabajo, poca articulación entre los niveles de salud, falta de evaluación de actividades, mala Dirección etc. por el 40% (42) de los recursos, y los **económicos** como el poco Presupuesto, escasez de personal o los bajos salarios con un 38.1% (40).

La **actividad de terreno** se dificulta su realización por los siguientes factores: **recursos tecnico materiales** con un 66.7%, los **organizativos** con un 62.9% (66) y los **económicos** con un 60% (63).

– El conocimiento del **estado de salud** se ve limitado su accionar, según los miembros de los equipos de dirección encuestados por los siguientes factores: **organizativos** 67.6% (71) y factores económicos con 29.5% (31), la **vigilancia epidemiológica** ve afectada su actividad por los factores limitantes siguientes: **organizativos** 50.5% (53) y los factores **económicos** 30.5% (29).

Las dificultades expresadas por los recursos encuestados para la realización de una buena **planificación** las fijan en las de **recursos técnico-materiales** con un 49.5% (52) y la **organizativas** con un 40.9% (43).

La organización como un componente donde se aplica la Epidemiología y la aplicación de esta para su realización se ve limitada según los recursos encuestados por los factores: **organizativos** con un 40% (42) los de **motivación** con 25/8% (27) y los **economicos** con un 21.9% (23).

La **investigación epidemiológica** se ve dificultada por los factores **organizativos** 45.7% (48) y los factores de **motivación** 36.2% (38).



Por último la **medición del impacto** de las intervenciones se dificulta por factores **organizativos** con un 35.2% (37) y de **recursos técnico-materiales** con 22.9% (24). (cuadro No. 53).

Es de destacar que un porcentaje alrededor del 18% no contestaron en ese momento la encuesta en lo relativo a los factores tanto facilitadores como limitantes.

## DISCUSION DE RESULTADOS

El estudio permitió conocer de manera pormenorizada los conocimientos y el uso de la Epidemiología aplicada a la administración de los servicios de salud la cual debe proporcionar la información que constituye una base para la toma de decisiones y como una herramienta que les permita planificar diseñando el futuro deseado y los cursos de acción efectivos para lograrlos.

Se recolecto la información de los 3 SILAIS de Managua, a través de encuestas,entrevistando a 105 miembros del equipo de Dirección, siendo el SILAIS Occidental el que aporoto el mayor número se recursos para el estudio 46.6% (49), siendo este SILAIS el más grande del país contando con el mayor cantidad de unidades prestadoras de servicios, y el 59.0% (62) de los recursos corresponden a la áreas de salud como nivel de resolución de menor complejidad.

El hecho de que por cargos el personal que con mayor frecuencia respondieron las encuestas fueron las Jefes de Enfermería 22.9% y el 19% los Directores de Unidades esto se debe a las características de trabajo de las unidades que no permite encontrar a todo el equipo reunidos en el mismo recinto en un día normal de actividades, no se hizo citatorias especiales para realizar las encuesta por ser esta la forma en que estaba planteada la metodología.

La distribución de personal según perfil profesional refleja que los médicos generales en el nivel de área de salud, los especialistas en el nivel de hospitales y los salubristas nivel SILAIS esto corresponde a la lógica simple a menor complejidad menor nivel de profesionalización, vista desde la lógica de prestación de servicios y de la calidad de la atención,sería necesario que el grado de maestría en salud pública estuviera formando parte del nivel de area de salud, esto permitiría que este personal especializado intervenir en la prevención, por que se hacen más evidentes las limitaciones de la medicina moderna para curar las enfermedades y la elevación constantes de los costos médicos, aumenta la aceptación en todos los países de la prevención como una actividad imprescindible en la atención y calidad de los servicios.

En lo referente a los años de experiencia en el cargo el 65% (cuadro No 6) tiene menos de 5 años y esto corresponde al nivel de área de salud que en su gran mayoría son médicos generales y otros profesionales, esto constituye una limitante la falta de experiencia en el cargo el nivel más simple de preparación para la aplicación de la Epidemiología, evidenciando el hecho de una menor estabilidad de

los recursos en este nivel. Esto aunado con las capacitaciones encontramos que el 57.2% (60) han recibido capacitaciones y el 42.8% (55) no han recibido (Cuadro No.7), cabe resaltar que del personal no capacitado el 51.6% están ubicados en el nivel de área de salud y el 34.4% en el nivel hospitalario (cuadro No.12) lo que significa que el nivel operativo donde la Epidemiología constituye una herramienta importante que les proporciona información sobre el fenómeno Salud-Enfermedad en grupos de población y la relación existente entre ellas y las condiciones externas que rodean al individuo y determinan su modo de vida se carece de la capacitación necesaria para la toma de decisiones a fin de transformar esa realidad.

En el nivel SILAIS que es el Nivel normativo y el más lento en reaccionar es el que posee el mayor grado de preparación. En el nivel táctico operativo se encontró, de acuerdo al cargo ocupado que del 40% de los directores encuestados, el 66.7% de Sub-directores de atención médica y el 75% de los planificadores de las áreas de salud no han sido capacitado en Epidemiología u otra area de la salud pública (cuadro No. 13). Esta situación nos da un panorama general de la situación de las unidades prestadoras de servicio en el primer nivel de atención, que están situados en la primera línea de fuego para resolver la problemática de salud a nivel local, en donde la Epidemiología ha sido tradicionalmente la disciplina que asume el Estudio de las relaciones entre las condiciones de vida y la situación de salud en diferentes grupos de población y la fundamentación de los esfuerzos sociales por transformar la salud en función de la modificación de las condiciones objetivas existentes y la contribución a la capacidad de los servicios para transformar las condiciones de vida y la situación de Salud. El personal ubicado se ve impedido realizar las acciones preventivas que le posibiliten tener el impacto esperado. Es inaudito que al final no exista una estructuración planificada para capacitar los recursos de los equipos de dirección, lo que imposibilita la toma de decisiones de manera oportuna aunado al hecho de todos conocidos el accionar del sistema de salud en su conjunto es de tipo reactivo, es decir, a demanda y las acciones de prevención y promoción se ven reducidas a unas cuantas.

Refuerza este hecho en el análisis de los aspectos conceptuales que manejan los recursos gerenciales en estos niveles, de los cuales se agrupan las ideas principales expresadas, donde resalta el hecho de que solamente el 1.9% la definen como un elemento importante para la gerencia y la toma de decisiones y más aun que el 26.7% lo relacionen a la asistencia médica de las enfermedades esto refuerza el carácter reactivo de las unidades ante los casos de enfermedad, el elemento de vigilancia epidemiológica es citado por el 22.8% de los encuestados que no se refleja como elemento para la toma de decisiones (cuadro No.14). Desagregando estas respuestas por nivel y cargo en el área de salud el 36.7% de los Directores opino que sirve para asistencia médica de enfermedades, otro 36.7% opina que aporta al estudio de la situación de salud ninguno sugiere la posibilidad de instrumentalizarlo para la toma

de decisiones gerenciales, lo mismo sucede con los epidemiólogos y resto de cargos del equipo de dirección solamente un subdirector visualiza a la Epidemiología como instrumento para la toma de decisiones (cuadro No. 15)

En el nivel hospitalario el 50% de los directores lo asocia con la asistencia médica y el resto con el estudio de situación. El personal ubicado en los otros cargos de Dirección lo relacionan con la asistencia médica y por el estudio de situación, esto está estrictamente relacionado con la formación profesional de tipo asistencialista o por las capacitaciones recibidas en esta área y que todavía no se logre captar la importancia y el amplio campo de oportunidades que brinda la Epidemiología para su aplicación principalmente los elementos de prevención y promoción de la salud (cuadro No.16).

En el nivel de SILAIS encontramos que la opinión de los directores está enfocada hacia diferentes conceptualizaciones que se relacionan un poco con los diversos campos de la Epidemiología que utilizados como parámetro para la realización de este estudio, de los 3 directores de los SILAIS, uno se inclina hacia la asistencia médica, el otro hacia la vigilancia Epidemiológica y el tercero hacia el estudio de la situación, estos mismos campos son mencionados por el resto de los recursos encuestados en este nivel excepto el Epidemiólogo que se inclina hacia el campo de la investigación causal y explicativa. Estos recursos por su ubicación en el nivel normativo y su reacción lenta ante problemas de salud puntuales de las unidades de menor nivel de complejidad hacen que tengan este tipo de conceptualización, otro elemento es la descentralización de las respuestas a los diversos problemas y también está el hecho del estilo de trabajo del sistema de respuestas al daño y no al control del Riesgo (cuadro No.17). En el campo de la salud es importante conocer las causas de la enfermedad no solo para la prevención sino también para el diagnóstico y la aplicación de tratamiento adecuado esto significa no esperar que los individuos lleguen al daño sino es necesaria la intervención adecuada.

El análisis de la conceptualización de la Epidemiología que tienen los recursos de acuerdo a su profesión se encuentra que los médicos generales dividen principalmente sus opiniones en: asistencia médica, estudio de la situación de salud y vigilancia Epidemiológica. Solamente un médico general lo conceptualiza como apoyo a la gerencia, toma de decisiones, cuatro de ellos enuncian la investigación, estos recursos están ubicados como directores de área de salud o como subdirectores de atención médica, inferimos que esto se debe al estilo de trabajo impuesto tanto por el sistema como por la demanda de servicios y en segundo lugar por el tipo de información solicitada por el nivel superior (cuadro No. 3-11-18).

Esto limita la apertura del espectro de utilización de la epidemiología en la promoción, prevención y toma de decisiones gerenciales.

El resto de profesiones coinciden en su conceptualización inclinándose principalmente por estos tres campos, en lo referente a los profesiones salubritas en (vista de) su formación y el tipo de cargo que ocupan deberían de hacer mayor énfasis en la metodología del Enfoque de Riesgo y no la respuesta al daño, sus respuestas se concentran principalmente en el estudio de la situación de salud al abordaje a la resolución.

El análisis de los aportes que brinda la Epidemiología a los servicios de salud, tomando como parámetros los campos de la Epidemiología en su concepto moderno establecidos previamente encontrando que los recursos de los equipos de dirección los relacionan más frecuentemente al campo de la vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud con un 35.2% (37) con apreciación como aportes "Al estudio de causas, al control del medio ambiente, prevención y tratamiento de enfermedades". El campo de acción estudio de la situación de salud con un 22.2% (24), creciente que esto se debe fundamentalmente al tipo de información que es solicitada por el nivel superior (cuadro No.18) visto por profesión los medios generales se encuentran en el primer nivel de atención son los que mayoritariamente se apoyan en el campo del estudio de la situación de salud, y en el campo de la vigilancia epidemiológica lo mismo sucede en las Licenciadas en Enfermería y médicos especialistas.

Otras profesiones por ser las que están relacionadas con el análisis de estos datos en las unidades lo relacionan con la investigación causal y explicativa. En el caso de las profesionales salubritas es interesante los campos en los que ellas opinan el aporte de la Epidemiología para su trabajo son en el Estudio de la situación de salud 50%(4) y la evaluación del impacto 37.5%(3), todos ellos se encuentran ubicados en el nivel normalizador del SILAIS lo que explica comportamiento en la opinión de aportes quien no necesariamente significa una mayor influencia en la toma de decisiones en los niveles inferiores (cuadro No.20 y 12).

El análisis de los datos por nivel y de acuerdo a los campos, los aportes al trabajo de la epidemiología en sus diferentes campos de acción se seleccionó a los cargos que por su ubicación estratégica en el equipo de Dirección y por su responsabilidad en la toma de decisiones como son los directores y responsables de Epidemiología de las unidades encontrando que los mayoritariamente los directores de area 27.2% y de hospitales 50% lo mismo que los epidemiológicos (30 y 33.3% negativamente de estos niveles se apoyan en el campo del estudio de la situación de salud.

El 36.4 de los directores de area de salud y el 50% de los directores de Hospitales apoyan su acción en el campo de la vigilancia epidemiológica y los epidemiólogos de estos niveles de la misma

opinión lo que refuerza nuestra creencia de que se debe al tipo la exigencia de información requerida por el nivel superior. En cambio en el nivel SILAIS el campo que en el cual aporta más la Epidemiología es el de la medición del impacto que por ser normados es el que más se utiliza para su accionar (cuadro No.21).

Otro hecho importante es el poco uso del campo de la investigación causal y explicativa en los diferentes niveles; las investigaciones temporales o cíclicas operativas o analíticas son un aporte valiosísimo para poder conocer la realidad y accionar a través de la toma de decisiones adecuada y oportuna a la resolución de los problemas de salud y no solamente el estudio frío estadístico o la respuesta reactiva de la vigilancia Epidemiológica a los casos en las unidades lo que dará solución a los problemas de salud de la población

Al analizar las aplicaciones diarias que da la Epidemiología hacen los recursos de los equipos de Dirección el campo de el estudio de la situación de salud que cuando en los aportes presentaba un porcentaje alto 22.9% en su aplicación es solamente del 0.9% igual comportamiento aunque en menor proporción en el campo de la vigilancia epidemiológica de 35.2% a 26.8% incrementándose el campo de la investigación causal y explicativa con el análisis, de causa de enfermedades el análisis de datos y la investigación incrementándose en un 10% (cuadro No. 22 y 19).

Esto se debe realmente a una conceptualización errónea de los recursos en lo que la consolidación y elaboración de informes no implica realmente un análisis, el cual esta estrechamente dirigido a una toma de decisión gerencial la cual tiene que estar obligatoriamente ligada a la neutralización o solución de problemas de salud.

El análisis de los resultados de las opciones de los recursos por los campos de acción desde la óptica de su profesión, los médicos generales que contestaron este aspecto de la encuesta se concentran en la vigilancia epidemiológica 26.7%, evaluación de impacto 23.3% y la investigación causal y explicativa en un 20%. Los médicos especialistas en un 52.9% se permitieron no dar una respuesta. Los Salubristas concentran sus aplicaciones en la investigación causal 37.5%, totalmente acorde con su rol en el nivel en que se desempeñan.

Las licenciados en enfermería y la enfermera profesional tienen un complemento similar al de la media generales y en el caso de otros profesionales al 68.4% no tuvo respuesta; esta distribución en la respuesta, refuerza lo anteriormente expresado ya que la mayoría esta situado en los niveles operativos.

Los Directores de Area de Salud que en su gran mayoría son médicos generales y de los que no opinaron como profesionales, 7 se corresponden con el cargo de Director de Area para un 63.6% del cargo a este nivel, los otros 2 Médicos Generales que no opinaron se corresponden en el cargo de Epidemiólogos de Area de Salud (18.2% de estos). Llama mucho la atención ya que en estos cargos de Dirección donde se toman las decisiones para enfrentar la problemática de salud o ya sea la aplicación puntual de un accionar normalizado que este personal con estos cargos estratégicos no tengan una opinión dice mucho del desempeño y la calidad de la atención (cuadro No. 24).

Las actividades propias que realiza cada recurso en su quehacer diario como dirigente encontramos también una serie de contradicciones con las aplicaciones diarias de la Epidemiología, teniendo siempre como parámetro los campos de acción, el estudio de la situación de salud es citado por el 6.7%, la vigilancia epidemiológica se incrementa al 35.2% desaparece la investigación causal como actividad diaria y se menciona la Evaluación del impacto a 38.1%.

Analizando estos datos lleva nuevamente a la presunción de la existencia de un estilo de trabajo Institucional de demanda de servicio lo que conlleva a una respuesta al daño y no de estudio de ataque de los factores que causa ese daño lo que lleva implícito una toma de decisión gerencial del equipo en su conjunto usando todas las herramientas a su alcance entre ellas la Epidemiología (cuadro No.25)

Los datos por profesión el 46.7 de los Médicos Generales se apoya en el campo de acción de la vigilancia epidemiológica y un 36.7% en la medición del impacto, los especialistas también se apoyan mayoritariamente en estos campos un 41.2% y 52.9% respectivamente, así mismo las Lic. en enfermería 40% y 33.4%, Las Enfermeras un 43.8% y 25% los otros profesionales el 68.4% no opino y el 31.6% hace uso del campo de medición de impacto.

Los Salubristas utilizan el conjunto de la medición de impacto en un 62.5% y un 37.5 en la vigilancia Epidemiológica.

Si se tuviera la confianza en los grados de resolución y en los niveles de complejidad de las distintas unidades estudiadas están acordes con sus actividades diarias (cuadro No. 26).

Al analizar por cargo, priorizando a los Directores y de Responsables de epidemiología las cifras dadas fueron significativas para reforzar lo dicho en el análisis de los dos cuadros anteriores : el 72.7% de la Directores de Area de Salud se apoyan en el campo de la vigilancia epidemiológica y el 18.2% en el de la medición de impacto. Los Directores de Hospitales se apoyan en la vigilancia epidemiológica en

un 66.7% y los 3 Directores de SILAIS hacen uso de este mismo campo para desarrollar sus actividades diarias. Los Epidemiólogos tienen un comportamiento similar con muy pocas variantes (cuadro No. 27).

La particularización de las conceptualizaciones hacia el quehacer de los diferentes componentes del accionar de las Unidades de Salud tanto normativas como táctico-operativa para la prestación de servicios de la población en aras de la resolución de problemas de salud.

**Al analizar las acciones realizadas en el componente Programas**, el 63.8% de los miembros de los equipos de dirección no pudieron describir con exactitud las diversas actividades que se realizan en cada uno de los programas que se llevan en las unidades y sólo lograron enunciarlos, lo que dice de ellos, que aunque los conocen no tienen un conocimiento pormenorizado de las actividades preventivas o asistenciales que en esos programas se realizan, por lo tanto no tienen un manejo claro de sus normas, dando con esto una duda razonable sobre el tipo de supervisión y evaluación que el equipo de dirección pueda dar al desempeño del personal y al tipo de calidad de la atención.

Llama la atención que las actividades que tienen que ver con el campo de acción del estudio de la situación de salud y la medición del impacto no fueron mencionadas. Esto es grave si se tiene en cuenta que el diseño de la estrategia de atención por programas tiene el objetivo de impactar positivamente en la problemática de salud de la población y no de la del papel pasivo de la atención a demanda de los casos (cuadro no. 28).

**La asociación de las actividades realizadas en los programas con la formación profesional de los recursos** de los equipos de dirección reflejan que los médicos generales, que en su gran mayoría son directores y sub-directores de atención médica en las áreas de salud, el 66.7% enunciaron los programas y no las actividades que se realizan en ellos y que llevan implícito un enfoque epidemiológico, esto llama poderosamente la atención ya que en sus manos está el buen funcionamiento de los programas y del conocimiento profundo de sus actividades la toma de decisiones acertada para la neutralización o solución de la problemática de salud de su sector.

Los especialistas y los profesionales salubristas, enuncian los programas en el 88.2% y 75% de los casos respectivamente el resto no responde esto merece un comentario aparte, en el nivel hospitalario no se llevan programas conceptualmente estructurados como se lleva en las Áreas de Salud lo que no significa el desconocimiento de las acciones que se realizan en los programas ya que por ser el segundo nivel de atención deben de realizar referencias y contrareferencias para lograr el tratamiento integral del



paciente y de la problemática de salud de la comunidad donde se encuentran insertos. Los salubristas esta ubicados en el mayor nivel de complejidad administrativa deben conocer las actividades de los programas para su evaluación, por la propia dinámica de trabajo la información solicitada no es lo suficientemente amplia para lograr su identificación con la problemática de su sistema local de salud, por su formación profesional son los encargados de orientar la utilización de la Epidemiología en las actividades de los programas para optimizar la utilización de los recursos y la toma de decisiones acertadas con el fin de impactar positivamente en esa problemática. Igual criterio de análisis debe aplicarse en las otras profesiones que participan en los grupos de Dirección que que están en las Areas de Salud y que por las actividades de procesamiento de datos que solicitan los niveles superiores no logran determinar las actividades de los programas.

En cuanto al personal de Enfermería independiente de su nivel académico alcanzado consideramos que por su permanencia más estable en los cargos y generalmente responsables de programas o Epidemiólogos lo asocian con una frecuencia mayor a la vigilancia epidemiológica 20% y 37.1% respectivamente lo cual tampoco justifica el alto porcentaje que no dio respuesta a las actividades que realizan y las que establecen relación con los campos mencionados lo hacen de manera mecánica a las acciones normadas, que son reactivas en los diferentes programas (cuadro No. 29).

De acuerdo al cargo y nivel de los recursos encuestados el 72.7% de los directores de area, el 83.3% de los directores de hospital y el 100% de los directores de SILAIS solamente enuncian los programas. Los Epidemiólogos que están ubicados en el area de salud el 54.5% lo asocian al campo de la vigilancia Epidemiológica, mientras que los ubicados en el SILAIS y Hospital enuncian los programas lo que refuerza el análisis, anterior de las razones de esta frecuencia.

En cambio los Sub Directores de Atención Médica reflejan datos interesantes que llaman la atención en primer lugar consideramos que dentro de sus funciones el sub director de atención es el responsable de la supervisión, control y evaluación de los programas debe estar íntimamente relacionados con ellas y solamente el 12.5% (1) de los Sub Directores de las Areas de salud lo relacionó con la vigilancia Epidemiológica, el 75% de ellos solo los enunciaron, lo mismo que el 100% del nivel hospitalario y el 66.7% del nivel SILAIS. Lo que deja grandes interrogantes será que se presta mayor atención a los aspectos administrativos y asistenciales curativos que a la búsqueda de soluciones reales a la problemática de salud de la población?, ¿El estilo de trabajo impuesto en el sistema de salud permite la aplicación de la Epidemiología en los diferentes programas? (cuadro No.30).

**Las acciones realizadas en el quehacer diario en el componente de ACTIVIDAD DE TERRENO**, el 57.1% de los recursos se inclina por el campo de la vigilancia Epidemiológica y el 20% por el campo de la Investigación causal y explicativa, aproximadamente un 20% no da respuesta o no corresponden. Es interesante notar que ninguno de los recursos menciona el campo de la Evaluación del impacto de los servicios que en este componente en particular tendrá que tenerlo como uno de sus objetivos.

Esto se debe a que las actividades de terreno son actividades de tipo reactivo como intervenciones ya normatizadas hacia el daño en la mayoría de los casos. El carácter preventivo de estas acciones es siempre focal o de caso y en muy pocas ocasiones de carácter sectorial o local (ejem INV). Las sumatorias de las acciones de terreno por caso no necesariamente implican una intervención decidida hacia la resolución de un problema de salud.

Por profesión los médicos generales lo enfoca hacia el campo de la vigilancia epidemiológica y hacia la Investigación causal. Los Salubristas se orientan hacia la vigilancia Epidemiológica en un 75% y los especialistas hacia el campo de la Investigación causal y explicativa, el personal de Enfermería presenta el mismo enfoque que los profesionales anteriores.

La percepción por cargos en los diferentes niveles: los directores de unidades como responsables Administrativo y el estratégico de las unidades deberán tener una visión más global el funcionamiento de sus unidades, la investigación y la evolución del impacto tendrían que ser más objetivos en la actividad de terreno sin embargo optaron en un 81.8% por el campo de la vigilancia Epidemiológica, que fue la misma opción de los epidemiólogos y los jefes de enfermería.

En este componente se analizó la opinión de las jefes de Enfermería por ser las responsables de la planificación y supervisión de las actividades del personal operativo en el terreno, y consideran que su mediación hacia la vigilancia Epidemiológica esta acorde con la visión más específica del funcionamiento del componente. La actividad de terreno desde el punto de vista de la Epidemiología moderna es una estrategia específicamente dirigida hacia la prevención y el control de problemas de salud previamente priorizados y no acciones aplicadas mecánicamente por el hecho de estar establecida en una norma y su aplicación en la aparición de casos. (cuadro No. 31,32 y 33).

**La medición del Estado de Salud** debe de ser una actividad permanente de todas las unidades a todo nivel los recursos encuestados sobre el particular opinaron que estas actividades de medición se

realizan apoyándose en el campo de la realización del estudio de la situación de salud en un 45.7% y a través de la vigilancia epidemiológica 14.3% un 5.7% lo relacionan con el campo de la evaluación del impacto. Los médicos generales el 66.7% opinan que la medición de los estados de salud de la población debe estar dado por el estudio de la situación de salud, igualmente opinan 47.1% de los especialistas 50% de la salubristas 40% de las Licenciadas en Enfermería y el 43.3% de las Enfermeras Profesionales siendo esta el campo que tiene un mayor apoyo para dicho conocimiento.

De igual manera la distribución por cargo en los diferentes niveles tiene porcentajes similares 54.5% de los Directores de Área se inclinan por el campo de estudio de la situación de salud, son del mismo criterio los directores de hospital y de SILAIS.

Los epidemiólogos tienen, igual parecer al campo de el estudio de la situación de salud y la vigilancia Epidemiológica. Los Sub Directores de Atención Médica solamente el 25%(2) opinan por el campo de la evaluación del impacto.

Apoyarse principalmente en el estudio de la situación de salud para el conocimiento del Estado de salud de la población es importante para cuando se demanda el servicio, pero se ve limitada para las necesidades de salud de la población. Es consecuente con la forma que se presta el servicio en el sistema de salud actualmente, pero si se mira desde la perspectiva de la salud pública enmarcándola específicamente en el Área de Salud cuyo objetivo principal sería la promoción y prevención de la salud. El conocimiento del estado de salud de una población a través del estudio de la situación de salud se ve limitado, restringido a la demanda y no involucra el conocimiento de los factores de riesgo, la problemática de salud, además de la calidad de la atención tanto preventiva como asistencial en este componente es más importante la evaluación del impacto y la investigación causal y explicativa que el estudio de la situación de salud (cuadro No. 34,35 y 36)

**El componente de vigilancia epidemiológica** en las unidades prestadores de servicios es muy importante, lo mismo que para nuestro estudio. La vigilancia epidemiológica es el elemento predictivo para actuar rápidamente ante posibles cambios de los problemas prioritarios por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad, estableciendo las medidas preventivas y las disponibilidad del tratamiento de las enfermedades priorizadas. Establece las bases para la evaluación periódica para la modificación de la problemática. Es el sistema de alerta que identifica los fenómenos para la toma de decisiones gerenciales, de acuerdo a la conceptualización integral de la vigilancia epidemiológica por parte de los equipos de dirección.

Los recursos de los equipos de dirección encuestados en un 56.2% relacionan este componente con el campo de la vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros grupos de población, el 24.8% lo relaciona con el campo de la investigación causal y explicativa, un 12.1% no responden la pregunta o no corresponde.

Los médicos generales el 63.3% lo relaciona con el campo de la vigilancia y el 20% con la investigación los salubritas en cambio el 62.5% lo relaciona con la investigación y el 25% con la vigilancia considerando la complejidad administrativa de donde se encuentran ubicados los recursos resulta congruente este tipo de resultados lo mismo sucede en el caso del análisis de este componente por nivel y cargos los directores de áreas y hospitales se apoyan en el campo de la vigilancia y los directores de SILIAS en el campo de la investigación causal y explicativa (cuadro No. 37, 38, y 39).

Las acciones de PLANIFICACION de las distintas unidades prestadores de servicios y los SILAIS son el paso más importante para su funcionamiento y su razón de ser los recursos de los equipos de Dirección tienen un papel fundamental en cuanto a la conceptualización en la que se basan para poder realizarla y plantear sus acciones, de estos el 45.7% se inclinó por el campo la investigación causal y explicativa, el 18.4% por el campo de la vigilancia epidemiológica y el 17.1% por el del estudio de la situación de salud. En cuanto a la profesión el 56.7% de los Médicos Generales se apoya en la investigación causal y explicativa, un 20% de los especialistas refieren que se apoyan en el campo de la investigación en un 70.6% los profesionales salubristas lo prefieren en un 75% y un 25% en el campo de la investigación epidemiológica.

Las licenciadas en enfermería sin embargo refieren que en el campo del estudio de situación con un 33.3% (5) el que mayor aporta para la realización de la planificación de las actividades en su quehacer diario Las Enfermeras profesional en cambio piensan que en el campo de la investigación el que presta los mayores elementos para la planificación en cuanto a las opiniones para el cargo los recursos estratégicos analizados como los directores epidemiólogos y subdirectores de atención médica también presentan esta tendencia hacia el campo de la investigación.

Si bien es cierto que el campo de la investigación causal y explicativa brinda los principales elementos para la planificación, partiendo del precepto de que una buena información permite la buena planificación, las respuestas dadas no son más que las buenos deseos de los recursos que su accionar planificador se base en este campo, que la realidad ya que el análisis hecho a los aspectos conceptuales como a las acciones que realizan en los otros componentes ya vistos y que son los que dan la base

informativa para la planificación el campo de la investigación no es objetivamente el que sustenta su accionar (cuadro 39,40 y 41).

Otro componente que está íntimamente relacionado con el anterior es el de ORGANIZACION de los servicios ya que aunque exista una buena planificación si no hay organización no existe viabilidad para esta los miembros de los equipos de dirección refieren que apoyan su organización en primer lugar en el campo de la investigación un 39.1% de ellas en segundo lugar en la evaluación de impacto seguido del campo de la vigilancia y estudio de la situación de salud.

Por profesión el grupo mayoritario de médicos generales apoyan la tesis que es el campo de la investigación, al que aporta a las actividades en la organización de los servicios con un 46.7% y un 26.7% el de la evaluación del impacto, los especialistas tienen como primera opción organizativa el campo de la investigación, en cambio el equipo de profesionales salubristas dividen su opinión 50% respectivamente entre la investigación y la evaluación. Las Licenciadas en Enfermería un 40% se inclinan por la investigación y un 20% respectivamente por los campos de la Evaluación y la Vigilancia. Las Enfermeras Profesionales también presentan la misma teoría 31.2% respuesta se inclinan por el campo de la investigación que la Evaluación.

Este componente en particular aunque con la salvedad expresada en el componente de planificación se considera que la obtención de la información a través de estos dos campos es la más adecuada para realizar las acciones organizativas de una unidad de salud; revisando los resultados por cargo en los diferentes niveles se encuentran una predisposición de los recursos ya sean estos directores o Epidemiólogos similar al estudio por profesiones solamente llama la atención los sub directores de atención médica de las áreas de salud que dentro de sus funciones como ejecutivos de las decisiones en los equipos de dirección dirigidas al resto del personal de la unidad éstos difieren de los campos de obtención de la información para la toma de decisiones en cuanto a organización, ya que un 37.5% opina que debe ser el estudio de la situación de salud y el 25% el de la vigilancia epidemiológica (cuadro no. 43, 44 y 45).

El componente **INVESTIGACION** plantea una serie de consideraciones importantes que tienen que ver con la respuesta obtenidas en los componentes anteriores ya que al revisar este componente, los miembros de los equipos de Dirección plantean que la Investigación Epidemiológica basa sus acciones principalmente en el Estudio de la situación de salud para un 34.3%, el 24.8% lo refiere a la investigación un 9.5% a la evaluación del impacto en salud y un 10.5% a la vigilancia epidemiológica.

Por profesión estas acciones investigativas en los servicios los Médicos Generales en un 43.3% optan por realizar estudios de situación de salud, el 23.3% por la Investigación, Los especialistas presentan un similar comportamiento, los profesionales salubristas en cambio presentan una marcada inclinación hacia la Investigación (62.5%) y la Evaluación del impacto (37.5%). Las Lic. en Enfermería y las Enfermeras se inclinan por el Estudio de la situación de salud (53.3% y 37.5% respectivamente).

Por nivel y el cargo de director epidemiólogo y sub director de Atención Médica. Los Directores de Areas de Salud y Hospitales tienen una inclinación por el campo del estudio de la situación de salud, en cambio Los Directores de SILAIS se inclinan por los campos de la Investigación y la Medición de impacto.

Con los Epidemiólogos la situación es similar a la de los Directores con los diferentes niveles, los Sub Directores de Atención de Area de Salud las respuestas están divididas los resultados plantean una serie de consideraciones que son importantes de analizar, en primer lugar la conceptualización de los recursos de lo que es la investigación causal y explicativa deja una serie de dudas ya que al preguntar específicamente sobre ella las respuestas aun refieren principalmente al Estudio de la situación de salud que técnicamente no es una investigación un causal ni explicativa.

En segundo lugar la parcelización en los diferentes componentes cuestionados en este estudio indirectamente da el grado de complejidad de la información que es necesaria obtener para el funcionamiento de las unidades al mismo tiempo la elección de los campos de acción de la Epidemiología que para efectos prácticos los tienen diferenciados lleva a dar el grado de complejidad y el nivel de análisis de la información.

Estos campos en su conjunto son la herramienta de análisis a través de la información que brindan, para la toma de decisiones gerenciales en la resolución de la problemática de salud de la población. La dosificación de la información esta dada por los componentes y por el campo de acción Epidemiológicos; consideramos que los Programas de atención y la actividad de terreno permitan conocer el estudio de salud de una manera global y estática que se pueda resumir en el estudio de la situación de salud, que va a permitir la selección y priorización de problemas.

Estos una vez priorizados se le da respuesta a través de la vigilancia epidemiológica, lo que permite planificar y organizar los servicios para enfrentar y solucionar el problema, los cuales llevan sus contenidos a profundidad, toda su multiplicidad a través de investigaciones más puntuales y específicos dirigidos al problema las cuales llevan implícitas acciones de intervención que deben ser medidas o

evaluadas, para ver las modificaciones producidas en la población una vez terminado da un nuevo punto de partida diferente al anterior que desencadena un nuevo ciclo que se inicia con un estudio de la situación de salud.

Por lo expresado anteriormente surgen dudas, partiendo de que un nivel más complejo y específico del conocimiento no puede tener como objetivo un nivel más simple y global de información.

Otro elemento a tener en cuenta es que la metodología de trabajo y las propia limitaciones de sistema no permiten desencadenar la cascada de conocimientos necesarios para el empleo sistemático de la Epidemiológica como orientadoras de toma de decisiones gerenciales encaminadas a la resolución de problemas de salud (cuadro No. 46,47 y 48).

La medición del impacto de las intervenciones los recursos lo refieren que se apoya principalmente en la vigilancia Epidemiológica 31.4% en la Evaluación del impacto en salud en un 16.3% y la investigación causal con un 15.2% principalmente la distribución por profesión encontramos que los Médicos Generales concutran su opinión en los campos de vigilancia y Evaluación con 33.3% y 30% refieren los especialistas en el campo de la vigilancia los salubristas concutran sus opiniones en la investigación 50% y la investigación en el impacto .

La distribución de estos resultados por cargo y nivel tienen la misma , consideramos que este componente en particular tiene sus propios mecanismos para medir el impacto de las medidas de salud en la población como son la investigación temporales y cíclicas que tienen una metodología diferente a los métodos de recolección de información que tienen los otros campos de acción y que en ningún momento fueron referidos por el resto del equipo de dirección.

Es importante también señalar aquí el papel preponderante que juegan los sistemas de información, tanto formales como informales del sistema de salud en su conjunto y que cruzan de manera determinante todos los componentes de las actividades realizadas en este trabajo investigativo y las cuales tienen una relación obligada para la toma de decisiones gerenciales que en última instancia es la razón de ser de los equipos de dirección. (cuadro 49,50 y 51).

En cuanto a los factores facilitadores o limitantes para la aplicación de la Epidemiología en los diferentes componentes planteados por los recursos encontramos que era lógico de esperar son los factores organizativos tanto limitantes como facilitados, lo mismo sucede con, los factores de motivación.

En cambio son eminentemente limitantes los factores económicos y los recursos técnico materiales; los factores educacionales aunque los tienen en un peso específico fuerte en ninguna de las dos Direcciones tienden a ser citados serán como facilitadores que como limitantes (cuadros No. 52 y 53); el comportamiento precedido en estos últimos cuadros tienen una lógica propuesta por el estilo de trabajo de sistema de salud ya que el carácter preventivo teórico establecido por las normas contrasta con la prestación de servicios reactivo asistencial impuesto por estas mismas limitaciones.

Los factores organizativos tienen un carácter conceptual que los lleva al campo de los factores educativos.



## CONCLUSIONES

1. Existe una formación profesional muy generalizada con pocas especificación en la epidemiología y que la capacitación epidemiológica esta dirigida fundamentalmente a los estratos administrativos de los niveles superiores. En el área de salud el personal de dirección es menos estable.
2. Se considera de manera general que la Epidemiología consiste en el cumplimiento de las normas establecidas para la detección de casos, su tratamiento y manejo individual.
3. El personal de dirección sobre todo de las unidades prestadoras de servicio, aunque no exclusivo, tiene una visión parcializada de la realidad de salud, de acuerdo a su puesto de trabajo y grado de responsabilidad dentro de equipo de trabajo y no hay un campo de integración ya que ese trabajo de equipo es deficiente.
4. Existe personal que por sus funciones podría aportar al análisis epidemiológico pero este tiene poca incidencia en la utilización de la Epidemiología como una herramienta eficaz en la toma de decisiones gerenciales.
5. De los ocho componentes del trabajo que realizan las Unidades de Salud, la Epidemiología como ciencia es aplicada por los equipos de dirección en su forma más simple de numeradores y denominadores, como un mecanismo de recolección de datos, de facilitadora en la consolidación de resultados para la presentación de información que en algunos casos llega al procesamiento de información que implica una serie de cruces de variables con un análisis simple, sobre todo en el nivel normativo del sistema local, pero nunca llega a esa herramienta esencial de análisis cuantitativo integral y sobre todo del análisis cualitativo que posibilite la voluntad política de una toma de decisiones gerencial en la resolución de la problemática de salud de la población.
6. Se utiliza la Epidemiología fundamentalmente en el campo de la descripción de la situación de salud y no se explotan sus aportes para la definición de estrategias, la realización de investigaciones causales o explicativa y la medición del impacto de las intervenciones y la modificación de la problemática, para que nuevamente se planifique las estrategias.
7. Otra conclusión importante de este estudio es el desarrollo y superación profesional en el campo de la Epidemiología de los recursos humanos, aunque el porcentaje de capacitaciones fue mayor

en temas epidemiológicos, estos estaban dirigidos hacia patologías específicas y como se deja ver en el estudio de manera reactiva, influenciados siempre por el gran peso específico que tiene la administración de salud en las unidades que limita en forma mayúscula la aplicación creativa de la Epidemiología y que da como resultado una respuesta paliativa a la sumatoria de un número de casos y que por aspectos administrativos es considerado "un problema de salud".

8. La existencia de factores ya sean de tipo financiero, organizativo, educativos pueden favorecer en la aplicación de la epidemiología en la prestación de servicios, pero fundamentalmente restringen o limitan su utilización en su verdadera dimensión y neutralizan su aplicación en la toma de decisiones gerenciales.

## RECOMENDACIONES

1. La profundización de la descentralización fundamentalmente de los recursos humanos especializados o capacitados en el área de la Epidemiología hacia las unidades operativas de la prestación de servicios.
2. La revisión exhaustiva de la organización y funcionamiento de la práctica epidemiológica haciendo énfasis en la toma de conciencia y fortalecimiento o formación de verdaderos equipos de trabajo para la utilización de la Epidemiología como una herramienta eficaz en la toma de decisiones gerenciales en la resolución de problemas de salud priorizadas en cada uno de las áreas de influencia y niveles de trabajo.
3. Realizar una adecuada perspectiva de la Epidemiología en las unidades de salud partiendo de su conceptualización como una herramienta eficaz de análisis para la formulación de políticas realistas desde el punto de vista de su viabilidad y alcances.
4. La estructuración de programas de capacitación permanente y educación continuada para el personal de salud de los servicios basándose en la problemática de salud de sus sectores, haciendo énfasis en el raciocinio epidemiológico y no solamente en las expresiones cuantitativas. Ofreciendo dentro de las Unidades Boletines educativos, capacitaciones con talleres prácticos de sus problemas de salud, capacitación en metodología de las investigaciones temporales y cíclicas, capacitación en Bioestadística.
5. La estabilidad de los recursos en los equipos de dirección debe ser sólida y calificada por lo que se recomienda la reorganización del sistema por licitaciones–oposición con incentivos atrayentes y no con la preponderación política que en este momento tiene.
6. Realizar los estudios necesarios para lograr que en las unidades formadoras de recursos humanos de pre y post grado revisando los contenidos de los programas de asignatura de la curricula de los diferentes profesiones de la salud en su formación integral y en la utilización en la administración de los servicios de salud.

7. La oferta de una maestría en Epidemiología con una modalidad por encuentro y la práctica profesional en sus propias unidades incrementarían decididamente la eficacia de las acciones y la mejoría de la calidad de la atención.
8. Planificar de manera organizada la participación de todo el personal de salud en obtener la participación de la comunidad con actividades de concientización en los programas o actividades de terreno, en la identificación y neutralización de los diferentes factores de riesgo.
9. La participación de todo personal de salud de las unidades en la Investigación epidemiológica y la medición del impacto para mejorar sus sistema de información que permita conocer de fuentes más fidedignas la verdadera situación de la problemática de salud, con el monitoreo sistemático de las Investigaciones.
- 10 La participación y el apoyo de los Centros de Investigación en Salud de la utilización de la epidemiología y dar la aplicación integral que tiene la salud publica.

## IX. BIBLIOGRAFIA

1. Breilh, Jaime. Epidemiología, Economía, Medicina y Política. Fontamara 19, 3ra Edición, 1986.
2. Breil, Jaime. Epidemiología: Economía, Medicina y Política. SESPAS, Sto Domingo, República Dominicana.
3. OPS/OMS Tigel C.H., Castellanos, PL,Plant, r, Libra, M. y colaboradores. La práctica Epidemiológica en los Sistemas de Servicios de Salud. Educación médica y Salud, Vol 24, No 3, 1990.
4. Flores,Jonh. Curso modular de épidemiología Básica. Facultad Nacional de Salud Pública,Medellin, Colombia, 1991.
5. Guerrero, González, Medina. Epidemiología. México, DF Iberoamericana, 3ra Edición, 1988.
6. OPS/OMS. Usos y perspectivas de la Epidemiología. Documento del Seminario de Buenos Aires, Argentina, Publicación No 1 PNSP, 7- 10 Nov. 1983.
7. OPS/OMS. El desafio de la Epidemiología. Problemas y Lecturas seleccionadas, Publicación Científica 505. Washington, DC, 1988.
8. OPS/OMS. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas Locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Publicación Científica Serie HSD/SILOS No 2, Washington, DC, 1992.
9. OPS/OMS. Epidemiología. Sin números. Serie Paltex , Nº 28 1992 NOOMAR DE ALMEIDA FILHO.
10. McMahon, B, y Pugh, T. F. Principios y Métodos de Epidemiología. Prensa Médica Mexicana, 10ma Edición, México, DF, 1988.
11. Normas de Vigilancia Epidemiológica. MINSA, Dirección General de Higiene y Epidemiología, Dirección Nacional de Enfermedades Trasmisibles. Managua, Nic., 1988.
12. Alan Dever, G.E. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. OPS/OMS, 1991.
13. OPS/OMS. Educación Médica y Salud. Vol. 24, No. 3. Julio-Sept. 1990.

**A N E X O S**

**CONCEPTO Y PRÁCTICAS DE LA EPIDEMIOLOGÍA EN LOS EQUIPOS DE DIRECCIÓN DE LOS SILAIS Y UNIDADES PRESTADORAS DE SERVICIO DE MANAGUA. FEBRERO DE 1994**

**I.- DATOS GENERALES:**

1.1. SILAIS	1.- (ORIENTAL)	_____	1.2. NIVEL	1.- SILAIS	_____
	2.- (CENTRAL)	_____		2.- HOSPITAL	_____
	3.- (OCCIDENTAL)	_____		3.- C/SALUD	_____

**II.- CARACTERÍSTICAS TÉCNICO - PROFESIONAL:**

2.1. CARGO QUE OCUPA	1.- DIRECTOR	/—/_____
	2.- SUB-DIRECTOR ATENDION MEDICO	/—/_____
	3.- SUB-DIRECTOR DOCENTE	/—/_____
	4.- RESP. ADMINISTRATIVA	/—/_____
	5.- RESP. EPIDEMIOLOGIA	/—/_____
	6.- RESP. PLANIFICACION	/—/_____
	7.- JEFE DE ENFERMERIA	/—/_____
	8.- OTRO	/—/_____

2.2. PROFESION	1.- MEDICO GENERAL	/—/_____
	2.- MEDICO ESPECIALISTA	/—/_____
	3.- PROFESIONAL SALUBRISTA	/—/_____
	4.- LIC. EN ENFERMERIA	/—/_____
	5.- ENFERMERA PROFESIONAL	/—/_____
	6.- AUXILIAR DE ENFERMERIA	/—/_____
	7.- OTROS.	/—/_____

**2.3. AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL CARGO:**

1.- < DE 1 AÑO	_____
2.- 1 - 2 AÑOS	_____
3.- 3 - 4 AÑOS	_____
4.- > - 5 AÑOS	_____

**2.4. AÑOS DE EXPERIENCIA EN SALUD PÚBLICA:**

1.- < DE 1 AÑO	_____
2.- 1 - 3 AÑOS	_____
3.- 4 - 5 AÑOS	_____
4.- 6 - 9 AÑOS	_____
5.- > - 10 AÑOS	_____

2.5. HA RECIBIDO USTED, CAPACITACION EN EL AREA DE EPIDEMIOLOGIA?

1.- SI \_\_\_\_\_

2.- NO \_\_\_\_\_

2.6. MENCIONE LAS CAPACITACIONES RECIBIDAS EN EL AREA DE EPIDEMIOLOGIA Y LA MODALIDAD EN QUE FUE IMPARTIDA (SEMINARIOS, TALLER CURSO ETC) EN LOS ULTIMOS 10 ANOS.

CAPACITACION EN:

MODALIDAD DE CAPACITACION:

1.- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### III.- ASPECTOS CONCEPTUALES

3.1.- CUAL ES EL ~~CON~~CEPTO O DEFINICION QUE USTED TIENE DE LA EPIDEMIOLOGIA.

---

---

---

---

---

3.2.- PIENSA USTED, QUE LA EPIDEMIOLOGIA ES IMPORTANTE PARA LA SALUD PUBLICA.

1.- SI \_\_\_\_\_

2.- NO \_\_\_\_\_

3.3.- CUALES SON LOS APORTES, QUE USTED CREE, LA EPIDEMIOLOGIA HA DADO AL CAMPO DE LA SALUD PUBLICA?

---

---

---

---

---

3.4.- CUAL ES LA APLICACION, QUE USTED HACE, DE LA EPIDEMIOLOGIA EN SU TRABAJO DIARIO?

---

---

---

---

3.5.- CUALES SON LAS ACTIVIDADES O ACCIONES EPIDEMIOLOGICAS QUE SE REALIZAN EN SU NIVEL DE ATENCION (SILA'S, HOSPITAL, CENTRO SALUD)? \_\_\_\_\_

---

---

---



IV.- USOS Y PRÁCTICAS DE LA EPIDEMIOLOGÍA

4.1.- CONSIDERA USTED QUE LA EPIDEMIOLOGÍA SE UTILIZA EN EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS QUE SE LLEVA EN SU UNIDAD O SILAIS

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

MENCIONE LAS ACTIVIDADES DE LOS PROGRAMAS EN QUE SE UTILIZA LA EPIDEMIOLOGÍA Y LOS FACTORES LIMITANTES Y FACILITADORES

P R O G R A M A S

_____	_____
_____	_____
_____	_____
FACTORES LIMITANTES	FACTORES FACILITADORES
_____	_____
_____	_____
_____	_____

4.2.- CONSIDERA USTED QUE LA EPIDEMIOLOGÍA SE UTILIZA EN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD DE TERRENO EN SU UNIDAD

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

MENCIONE EN QUE ACCIONES DE LA ACTIVIDAD DE TERRENO SE UTILIZA LA EPIDEMIOLOGÍA Y LOS FACTORES LIMITANTES Y FACILITADORES

ACCIONES O ACTIVIDADES

_____	_____
_____	_____
_____	_____
FACTORES LIMITANTES	FACTORES FACILITADORES
_____	_____
_____	_____
_____	_____

4.3.- CONSIDERA USTED QUE LA EPIDEMIOLOGÍA SE UTILIZA EN EL CONOCIMIENTO DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

MENCIONE ASPECTOS DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION UTILIZA LA EPIDEMIOLOGÍA Y LOS FACTORES LIMITANTES Y FACILITADORES.

ASPECTOS ESTADO DE SALUD

_____	_____
_____	_____
_____	_____
FACTORES LIMITANTES	FACTORES FACILITADORES
_____	_____
_____	_____
_____	_____

1 4.4.- CONSIDERA USTED QUE LA EPIDEMIOLOGIA SE UTILIZA EN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE SU UNIDAD.

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

MENCIONE EN QUE ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE SU UNIDAD UTILIZA LA EPIDEMIOLOGIA Y LOS FACTORES LIMITANTES Y FACILITADORES

ACTIVIDAD VIGILANCIA

---

---

---

FACTORES LIMITANTES

---

---

---

---

---

---

FACTORES FACILITADORES

---

---

---

4.5.- CONSIDERA USTED QUE LA EPIDEMIOLOGIA SE UTILIZA EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE PLANIFICACION EN SU UNIDAD

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

MENCIONE LAS ACTIVIDADES DE PLANIFICACION EN QUE UTILIZA LA EPIDEMIOLOGIA EN SU UNIDAD Y LOS FACTORES LIMITANTES Y FACILITADORES

ACTIVIDADES PLANIFICACION

---

---

---

FACTORES LIMITANTES

---

---

---

---

---

---

FACTORES FACILITADORES

---

---

---

4.6.- CONSIDERA USTED QUE LA EPIDEMIOLOGIA SE UTILIZA EN EL DESARROLLO DE LA ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS EN SU UNIDAD

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

MENCIONE EN QUE ACTIVIDADES DE ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS UTILIZA LA EPIDEMIOLOGIA EN SU UNIDAD Y LOS FACTORES LIMITANTES Y FACILITADORES.

ACTIVIDAD ORGANIZACION

---

---

---

FACTORES LIMITANTES

---

---

---

---

---

---

FACTORES FACILITADORES

---

---

---

4.7.- CONSIDERA USTED QUE LA EPIDEMIOLOGIA SE UTILIZA EN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD INVESTIGATIVA (CAUSAL) DE SU UNIDAD

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

MENCIONE EN LAS ACTIVIDADES DE INVESTIGACION (CAUSAL) EN QUE UTILIZA LA EPIDEMIOLOGIA EN SU UNIDAD Y LOS FACTORES LIMITANTES Y FACILITADORES

ACTIVIDADES INVESTIGACION

---

---

---

FACTORES LIMITANTES

---

---

---

---

---

---

FACTORES FACILITADORES

---

---

---

4.8.- CONSIDERA USTED QUE LA EPIDEMIOLOGIA SE UTILIZA EN EL DESARROLLO DE LA MEDICION DEL IMPACTO DE LAS MEDIDAS DE INTERVENCION

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

MENCIONE LAS ACTIVIDADES DE MEDICION DE IMPACTO EN LA QUE SE UTILIZA LA EPIDEMIOLOGIA EN SU UNIDAD Y LOS FACTORES LIMITANTES Y FACILITADORES

MEDICION IMPACTO

---

---

---

FACTORES LIMITANTES

---

---

---

---

---

---

FACTORES FACILITADORES

---

---

---

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE ENCUESTADOR

### CUADRO #1

Recursos por SILAIS de los equipos de  
dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

S I L A I S	NUMERO	PORCENTAJE
Oriental	21	20
Central	35	33.3
Occidental	40	38.10
Total	105	100.0%

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles

## CUADRO #2

Recursos por nivel en los diferentes niveles de los  
equipos de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

N I V E L E S	NUMERO	PORCENTAJE
Centro de Salud	62	59
Hospital	32	30.5
SILAIS	11	10.5
Total	105	100.0%

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles

### CUADRO #3

Cargo que ocupan los recursos en los equipos  
de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

C A R G O S	NUMERO	PORCENTAJE
Director	20	19
Sub-director de atención médica	15	14.3
Sub-director docente	8	7.6
Responsable administrativo	12	11.4
Responsable de epidemiología	15	14.3
Responsable de planificación	4	3.8
Jefe de enfermería	24	22.9
Otro	7	6.7
Total	105	100.0%

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles

#### CUADRO #4

Profesión de los recursos de los equipos  
de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

P R O F E S I O N	NUMERO	PORCENTAJE
Médico general	30	28.6
Médico especialista	17	16.2
Profesional salubrista	8	7.6
Licenciada en enfermería	15	14.3
Enfermera profesional	16	15.2
Otros	19	18.1
Total	105	100.0%

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles

### CUADRO #5

Años de experiencia en el cargo de los recursos de los  
equipos de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL CARGO	NUMERO	PORCENTAJE
Menos de 1 año	16	15.2
1 - 2 años	24	22.9
3 - 4 años	26	24.8
5 ó más años	39	37.1
Total	105	100.0%

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles



### CUADRO #6

Años de experiencia en salud pública de los recursos de los  
equipos de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

AÑOS DE EXPERIENCIA EN SALUD PUBLICA	NUMERO	PORCENTAJE
Menos de 1 año	16	15.2
1 - 5 años	50	47.7
6 - 9 años	16	15.2
10 ó más años	23	21.9
Total	105	100.0%

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles

### CUADRO #7

Capacitaciones recibidas de los equipos de  
dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

CAPACITACIONES RECIBIDAS	NUMERO	PORCENTAJE
SI	60	57.1
NO	45	42.9
Total	105	100.0%

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles

**CUADRO #8**

Áreas de capacitación y número de capacitaciones recibidas  
por los equipos de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

ÁREAS DE CAPACITACION	N U M E R O D E C A P A C I T A C I O N E S									
	1		2		3		4		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
<b>Administración en salud:</b> Diagnóstico de situación Planificación estratégica Planificación de servicios Gerencia en salud Evaluación, etc..	2	22.2	2	22.2	1	11.1	4	44.4	9	100
<b>Epidemiología:</b> Epidemiología básica ; cólera Epidemiología clínica : malaria Vigilancia epidemiológica ; EDA Dengue, PAI, Tuberculosis, red de frío, etc.	10	23.8	10	23.8	6	14.3	16	38.1	42	100
AMBAS * PROVOCAN	6	66.6	1	11.1			2	22.2	9	15
Total	18	30	13	21.7	7	11.7	22	36.6	60	100

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles

### CUADRO #9

Modalidad de capacitación de los equipos de  
dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

MODALIDAD DE CAPACITACION	NUMERO	PORCENTAJE
Cursos cortos	12	20
Educación continua	1	1.7
Seminario	8	13.3
Taller	22	36.7
Maestría	8	13.3
PROCAVAN	9	15
Total	60	100

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles

# CUADRO #10

Cargo y nivel de los recursos de los equipos de  
dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

C A R G O	N I V E L							
	C / DE SALUD		HOSPITAL		SILAIS		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Director	11	55	6	30	3	15	20	100
Sub-director atención médica	8	55.3	4	26.6	3	20	15	100
Sub-director docente	3	37.5	5	62.5			8	100
Responsable de administración	7	58.3	5	41.7			12	100
Responsable de epidemiología	11	73.3	3	20	1	6.7	15	100
Responsable de planificación	2	50			2	50	4	100
Jefa de enfermería	14	58.3	8	33.3	2	8.4	24	100
Otros	6	85.7	1	14.3			7	100
Total	62	59	32	30.5	11	10.5	105	100

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles

# CUADRO #11

Profesión y nivel de los recursos de los equipos de  
dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

P R O F E S I O N	N I V E L							
	C / DE SALUD		HOSPITAL		SILAIS		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Médico general	29	96.7			1	3.3	30	100
Medico especialista			17	100			17	100
Profesional salubrista					8	100	8	100
Licenciada en enfermería	7	43.8	7	43.8	2	12.4	16	100
Enfermera profesional	13	86.7	2	13.3			15	100
Otros	13	68.4	6	31.6			19	100
Total	62	59	32	30.5	11	10.5	105	100

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles

**CUADRO #12**

Número de capacitaciones y nivel de los equipos de  
dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

NUMERO DE CAPACITACIONES		C / DE SALUD		HOSPITAL		SILAIS		TOTAL	
		#	%	#	%	#	%	#	%
CAPACITADOS	1	5	45.5	4	36.4	2	18.2	11	100
	2	4	36.4	6	54.5	1	9.1	11	100
	3	3	42.9	3	42.9	1	14.2	7	100
	4	18	81.8	2	9.1	2	9.1	22	100
	PROCAV			6	66.7	3	33.3	9	100
NO CAPACITADOS		32	51.6	11	34.4	2	14	45	100
TOTAL		62	59	32	30.5	11	10.5	105	100

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles

**CUADRO #13**

Cargo y número de capacitaciones de los equipos de  
dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

CARGO	N U M E R O D E C A P A C I T A C I O N E S													
	No capacitados		1		2		3		4		PROCAVAN		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Directora	8	40			2	10	1	5	5	25	4	20	20	100
Sub-director at. Med.	10	66.7	2	13.3	1	6.7	1	6.7			1	6.7	15	100
Sub-director docente	2	25	3	37.5					3	37.5			8	100
Resp. Administración	8	66.7	3	25	1	8.3							12	100
Resp. Epidemiología	3	20			1	6.7	2	13.3	8	53.3	1	6.7	15	100
Resp. Planificación	3	75			1	25							4	100
Jefe' de enfermería	8	33.3	2	8.3	4	16.7	3	12.5	5	20.8	2	8.3	24	100
Otro	3	42.8	1	14.3	1	14.3			1	14.3	1	14.3	7	100
Total	45	42.8	11	10.5	11	10.5	7	6.7	22	20.9	9	8.6	105	100

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles



CUADRO No. 14

CONCEPTOS DE EPIDEMIOLOGIA SEGUN OPINION DE LOS EQUIPOS DE DIRECCION DE LOS SISTEMA LOCALES  
DE SALUD - MANAGUA, ABRIL-AGOSTO DE 1994.

CONCEPTO DE EPIDEMIOLOGIA	No.	%
Ciencia que facilita la atención, el diagnóstico y tratamiento de patologías agudas o crónicas.	28	26.7
Ciencia que aporta al diagnóstico de problemas de salud de la comunidad	28	26.7
Ciencia que facilita el monitoreo de problemas de salud, patologías y procesos morbosos en la comunidad (vigilancia epidemiológica)	24	22.8
Ciencia encargada del estudio de factores de riesgo y la evaluación de esos factores en la comunidad.	8	7.6
Es un elemento del proceso administrativo gerencial.	2	1.9
Respuestas que no corresponden.	6	5.7
No responden.	9	8.6
TOTAL	105	100.0

FUENTE: Encuestas a Equipos de Dirección de diversos niveles.

CUADRO No. 15

CARGO, CONCEPTO Y NIVEL AREA DE SALUD DE LOS EQUIPOS DE DIRECCION DE LOS CENTROS DE SALUD. MANAGUA, ABRIL - AGOSTO DE 1994.

CONCEPTO	DIRECTOR		S.D.A.M		S.D.D.		EPIDEM.		R. ADMON		A. PLAN		J' ENFER		OTROS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ciencia q'facilita la atenc. diag. y trat. de pat. ag/cron	4	36.7	3	37.5	1	33.3	5	45.5	-	--	-	--	2	14.3	1	6.3	16	25.8
Ciencia q'aporta al diag. de prob. de salud de la comunidad	4	36.7	1	12.5	1	33.3	-	--	-	--	-	--	3	21.4	1	10.0	10	16.1
Ciencia q'facilita el monit. de prob. de sal morb. de la Comun. (Vig/Epid.	2	18.2	2	25.0	1	33.3	4	36.4	2	28.6	2	100	4	28.6	1	5.6	18	29.0
Ciencia encarg. del est de F/R y la evaluac. de ellos en la comunidad.	1	9.1	1	12.5	-	--	2	18.2	1	14.3	-	--	1	7.1	-		6	9.7
Es un elemento del proceso administr/Gerenc.	--		1	12.5	-	--	-	--	-		-	--	-	--	-		1	1.6
R/no corresp.	--		--	--	-	--	-	--	2	28.6	-	--	1	7.1	1	25.0	4	6.5
S/Respuesta	--		--	--	-	--	-	--	2	28.6	-	--	3	21.4	2	28.6	7	11.3
TOTAL	11	17.7	8	12.9	3	4.8	11	17.7	7	11.3	2	3.2	14	22.6	6	9.7	62	100.0

FUENTE: Encuesta a Equipos de Dirección de Areas de Salud

CUADRO No. 16

CONCEPTO Y CARGO DE LOS RECURSOS DE DIRECCION EN EL NIVEL HOSPITAL.  
MANAGUA, ABRIL-AGOSTO DE 1994

CONCEPTO	DIRECTOR		S.D.A.M		EPIDEM.		S.D.D.		R. ADMON		J' ENFER		OTROS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ciencia q'facilita la atenc. diag. y trat. de pat. ag/cron	3	50.0	3	75.0	1	33.3	1	20.0	-	--	2	25.0	-	--	10	31.3
Ciencia q'aporta al diag. de prob. de salud de la comunidad	1	16.6	-	--	2	66.7	2	40.0	3	60.0	4	50.0	-	--	12	37.5
Ciencia q'facilita el monit. de prob. de sal morb. de la Comun. (Vig/Epid.	-	--	-	--	-	--	2	40.0	1	20.0	1	12.5	-	--	4	12.5
Ciencia encarg. del est de F/R y la evaluac. de ellos en la comunidad.	1	16.6	-	--	-	--	-	--	-	--	-	--	-	--	1	3.1
Es un elemento del proceso administr/Gerenc.	1	16.6	-	--	-	--	-	--	-	--	-	--	-	--	1	3.1
R/no corresp.	-	--	-	--	-	--	-	--	1	20.0	-	--	1	100	2	6.3
S/Respuesta	-	--	1	25.0	-	--	-	--	-	--	1	12.5	-	--	2	6.3
TOTAL	6	18.8	4	12.2	3	9.4	5	15.6	5	15.6	8	25.0	1	3.1	32	100

FUENTE: Encuesta a Equipos de Dirección de Hospitales.

CUADRO No. 17

CONCEPTO Y CARGO DE LOS RECURSOS DE DIRECCION EN EL NIVEL SILAIS  
MANAGUA, ABRIL-AGOSTO 1994

CONCEPTO	DIRECTOR		S.D.A.M		EPIDEM.		R. PLAN		J' ENFER		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ciencia q'facilita la atenc. diag. y trat. de pat. ag/cron	1	33.3	-	--	-	--	-	--	1	50.0	2	18.2
Ciencia q'aporta al diag. de prob. de salud de la comunidad	1	33.3	2	66.7	-	--	2	100	1	50.0	6	54.6
Ciencia q'facilita el monit. de prob. de sal morb. de la Comun. (Vig/Epid.	1	33.3	1	33.3	-	--	-	--	-	--	2	18.1
Ciencia encarg. del est de F/R y la evaluac. de ellos en la comunidad.	-	--	-	--	1	100	-	--	-	--	1	9.1
TOTAL	3	27.3	3	27.3	1	9.1	2	18.1	2	18.1	11	100

FUENTE: Encuesta a Equipos de Dirección de SILAIS.

CUADRO No. 18

CONCEPTO Y PROFESION DE LOS EQUIPOS DE DIRECCION DE LOS SISTEMA LOCALES DE SALUD  
MANAGUA. ABRIL-AGOSTO DE 1994

CONCEPTO	M. GRAL.		M.ESPEC.		SALUBR.		LIC. ENF		ENF.PROF		OTROS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ciencia q'facilita la atenc. diag. y trat. de pat. ag/cron	8	26.7	8	47.0	1	12.5	4	26.7	4	25.0	3	15.8	28	26.7
Ciencia q'aporta al diag. de prob. de salud de la comunidad	8	26.7	3	17.6	5	62.5	4	26.6	5	31.2	3	15.8	28	26.7
Ciencia q'facilita el monit. de prob. de sal morb. de la Comun. (Vig/Epid.	8	26.7	2	11.8	2	25.0	3	20.0	4	25.0	5	26.3	24	22.9
Ciencia encarg. del est de F/R y la evaluac. de ellos en la comunidad.	4	13.3	1	5.9	-	--	2	13.3	-	--	1	5.3	8	7.6
Es un elemento del proceso administr/Gerenc.	1	3.3	1	5.9	-	--	-	--	-	--	-	--	2	1.9
R/no corresp.	-	--	1	5.9	-	--	-	--	1	6.3	4	21.0	6	5.7
S/Respuesta	1	3.3	1	5.9	-	--	2	13.3	2	12.5	3	15.8	9	8.6
TOTAL	30	28.6	17	16.2	8	7.6	15	14.3	16	15.2	19	18.1	105	100

FUENTE: Encuesta a Equipos de dirección en todos los niveles

CUADRO No. 19

APORTES DE LA EPIDEMIOLOGIA SEGUN CAMPOS DE ACCION EN LOS EQUIPOS DE DIRERRECCION DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD. MANAGUA, ABRIL-AGOSTO DE 1994.

Campos de Acción de la Epidemiología	Aportes	No.	%
Estudio de la situación de salud de los diferentes grupos de población.	Diagnóstico de la comunidad, estudio de factores de riesgo, estudio de control de enfermedades	24	22.86
Vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud.	Vig. epidemiológica, estudio de causas, control del M. ambiente, prevención y tratamiento de enfermedades	37	35.24
Investigación causal y explicativa sobre problemas prioritarios de salud	Investigación, análisis de F/Riesgo, soluc. de prob. de salud y aplic. en desarrollo de sistemas de salud.	10	9.52
Evaluación del impacto en salud en los servicios y otras acciones.	Medición de impacto, plan. y organ. de servicios, dism. de incidencia dism. de mort. planif. de acciones.	21	20.0
No responden.		13	12.38
TOTAL		105	100.0

FUENTE: Encuesta de Equipos de Dirección de los niveles.

CUADRO No. 20

APORTES DE ACUERDO A CAMPOS DE ACCION Y PROFESION DE LOS EQUIPOS DE DIRECCION DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD. MANAGUA, ABRIL-AGOSTO DE 1994.

	P R O F E S I O N													
CAMPOS DE ACC. DE LA EPIDEMIOLOGIA.	M. GRAL.		M. ESPEC		SALUBR.		Lic. ENF		ENF. PROF		OTROS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Estudio de la sit. de salud en los diferentes grup/poblac	10	33.3	2	11.8	4	50.0	1	6.7	4	25.0	3	15.8	24	22.9
Vig. epidemiol. de enf. y otros prob. de salud	8	26.7	10	58.8	1	12.5	8	53.3	5	31.2	5	26.3	37	35.2
Investigación causal y explicativa sobre problemas priorit. de salud	4	13.3	2	11.8	-	--	1	6.7	1	6.3	2	10.5	10	9.5
Evaluación de impacto en salud en los servicios y otras acciones.	5	16.7	2	11.8	3	37.5	3	20.0	6	37.5	2	10.5	21	20.0
Sin respuesta	3	10.0	1	5.8	-	--	2	13.3	-	--	7	36.9	13	12.4
TOTAL	30	28.5	17	16.2	8	7.6	15	14.3	16	15.2	19	18.1	105	100.0

FUENTE: Encuesta a Equipos de Dirección de Hospitales

CUADRO No. 21

APORTES DE ACUERDO A CAMPOS DE ACCION POR CARGO Y NIVEL DE LOS EQUIPOS DE DIRECCION DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD. MANAGUA, ABRIL-AGOSTO DE 1994.

CAMPOS DE ACC. DE LA EPIDE- MIOLOGIA.	D I R E C T O R E S						E P I D E M I O L O G O S					
	C/S		HOSP.		SILAIS		C/S		HOSP.		SILAIS	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Estudio de la sit. de salud en los diferentes grup/poblac	3	27.3	3	50.0	-	--	4	36.4	1	33.3	-	--
Vig. epidemiol. de enf. y otros prob. de salud	4	36.4	3	50.0	1	33.3	7	63.6	2	66.7	-	--
Evaluación de impacto en salud en los servicios y otras acciones.	1	9.0	-	--	2	66.7	-	--	-	--	1	100
Sin respuesta	3	27.3										
TOTAL	11		6		3		11		3		1	

FUENTE: Encuesta a Equipos de Dirección de diversos niveles.



CUADRO No. 22

APLICACIONES DIARIAS DE LA EPIDEMIOLOGIA POR LOS EQUIPOS DE DIRECCION DE LOS SISTEMA LOCALES DE SALUD. MANAGUA. ABRIL-AGOSTO DE 1994.

Campos de Acción de la Epidemiología	Aplicaciones diarias	No.	%
Estudio de la situación de salud de los diferentes grupos de población.	Diagnóstico de salud.	1	0.9
Vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud.	Control de foco y enfermedades, prevención de enfermedades, Vig. Epid. trat. de enf. higiene ambiental.	28	26.7
Investigación causal y explicativa sobre problemas prioritarios de salud	Análisis de causas de enfermedad, Análisis de datos, investigación.	20	19.1
Evaluación del impacto en salud en los servicios y otras acciones.	Eval. de acciones, plan. de acciones determ. de funciones, planif. y org. de servicios, distrib. de recursos capacitación y educación.	23	21.9
No responden		33	31.4
TOTAL		105	100.0

FUENTE: Encuesta de Equipos de Dirección de los niveles.

CUADRO No. 23

APLICACIONES DIARIAS Y PROFESION DE LOS EQUIPOS DE DIRECCION DE LOS SISTEMA LOCALES DE SALUD. MANAGUA. ABRIL-AGOSTO DE 1994.

	P R O F E S I O N													
CAMPOS DE ACC. DE LA EPIDEMIOLOGIA.	M. GRAL.		M. ESPEC		SALUBR.		Lic. ENF		ENF.PROF		OTROS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Estudio de la sit. de salud en los diferentes grup/poblac	-	--	1	5.9	-	--	-	--	-	--	-	--	1	0.9
Vig. epidemiol. de enf. y otros prob. de salud	8	26.7	2	11.8	1	12.5	8	53.3	9	56.3	-	--	28	26.7
Investigación causal y explicativa sobre problemas priorit. de salud	6	20.0	5	29.4	3	37.5	2	13.3	4	25.0	-	--	20	19.1
Evaluación de impacto en salud en los servicios y otras acciones.	7	23.3	-	--	4	50.0	4	26.7	2	12.5	6	31.6	23	21.9
Sin respuesta	9	30.0	9	52.9	-	--	1	6.7	1	6.2	13	68.4	33	31.4
TOTAL	30	28.6	17	16.2	8	7.6	15	14.3	16	15.2	19	18.1	105	100.0

FUENTE: Encuesta a Equipos de Dirección de Hospitales

CUADRO No. 24

APLICACIONES DIARIAS POR NIVEL DE LOS DIRECTORES Y EPIDEMIOLOGOS  
DE LOS SISTEMA LOCALES DE SALUD. MANAGUA. ABRIL-AGOSTO DE 1994.

CAMPOS DE ACC. DE LA EPIDE- MIOLOGIA.	D I R E C T O R E S						E P I D E M I O L O G O S					
	C/S		HOSP.		SILAIS		C/S		HOSP.		SILAIS	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Estudio de la sit. de salud en los diferen- tes grup/poblac	-	--	1	16.7	-	--	-	--	-	--	-	--
Vig. epidemiol. de enf. y otros prob. de salud	2	18.2	2	33.3	1	33.3	7	63.7	1	33.3	-	--
Investigación causal y expli- cativa sobre prob. priorita- rios de salud.	-	--	1	16.7	1	33.3	-	--	-	--	-	--
Eval. del impac en salud en los servicios y otras acciones.	2	18.2	2	33.3	1	33.3	2	18.2	2	66.7	1	100
No responden	7	63.6	-	--	-	--	2	18.2	-	--	-	--
	11		6		3		11		3		1	

FUENTE: Encuesta a Equipos de Dirección de diversos niveles.

**CUADRO #25**

Acciones diarias en epidemiología que realizan los equipos  
de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	ACTIVIDADES QUE REALIZAN	NUMERO	PORCENTAJE
Estudio de la situación de salud en los diferentes grupos de población.	Diagnóstico de situación de salud	7	6.66
Vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud.	Control de foco Prevención Vigilancia epidemiológica	37	35.24
Evaluación de impacto en salud en los servicios y otras acciones.	Atención asistencial Planificación de actividades Evaluación de actividades Supervisión de actividades Educación sanitaria Planif. y organiz. de servicios Distribución de recursos	40	38.10
No responden		21	20
Total		105	100.0%

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles

## CUADRO #26

Actividades diarias en epidemiología que realizan por profesión  
de los equipos de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	P R O F E S I O N													
	M. Gral.		Especialista		Salubrista		Lic. Enf.		Enf. Profesional		Otros		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Estudio de la situación de salud en los diferentes grupos de población	2	6.7	1	5.9			2	13.3	2	12.4			7	6.7
Vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud.	14	46.7	7	41.2	3		6	40	7	43.8			37	35.2
Evaluación de impacto en salud en los servicios y otras acciones.	11	36.6	9	52.9	5	62.5	5	33.4	4	25	6	31.6	40	38.1
No tienen respuesta	3	10					2	13.3	3	18.8	13	68.4	21	20
Total	30	100	17	100	8	100	15	100	16	100	19	100	105	100

Fuente : Encuestas a equipos de dirección de diversos niveles

## CUADRO #27

Actividades diarias en epidemiología que realizan los directores  
y epidemiólogos de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	DIRECTORES						EPIDEMIOLOGOS					
	C/S		Hospital		SILAIS		C/S		Hospital		SILAIS	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Estudio de la situación de salud en los diferentes grupos de población			1	16.6		7	2	18.2				
Vigilancia epidemiológica de la enfermedades y sobre prob. de salud	8	72.7	4	66.7	3	100	7	63.6	1	33.3	1	100
Evaluación del impacto en salud en los servicios y otras acciones	2	18.2	1	16.6			2	18.2	2	66.7		
No tienen respuesta	1								1	3.33	1	100
Total	11	100	6	100	3	100	11	100	3	100	1	100

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles.

**CUADRO #28**

Acciones realizadas en los programas por los equipos  
de dirección de los sistemas locales de salud por  
campos de acción de la Epidemiología  
Managua Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	ACCIONES REALIZADAS EN PROGRAMAS	NUMERO	PORCENTAJE
Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades y otros problemas de Salud.	Trabajo de terreno, control de focos, prevención epidemiológica, visita domiciliar.	13	12.4%
Investigación causal y explicativa sobre problemas prioritarios de salud.	Programación, Planificación de recursos humanos, Análisis de mortalidad, Implementación de acciones, Evaluación de Estrategias.	4	3.8%
Respuestas que no corresponden	Enunciar los programas.	67	63.8%
No responden		21	20.0%
Total		105	100.0%

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles

# CUADRO #29

Acciones en los programas y profesión de los  
equipos de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	P R O F E S I O N													
	M. Gral.		Especialista		Salubrista		Lic. Enf.		Enf. Profesional		Otros		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud.	4	13.3					3	20.0	6	37.4			13	12.4
Investigación causal y explicativa. sobre problemas prioritarios de salud.	2	6.7					1	6.7	1	6.3			4	3.8
Respuestas que no corresponden	20	66.7	15	88.2	6	75.0	6	40.0	8	50.0	12	63.2	67	63.8
No tienen respuesta	4	13.3	2	11.8	2	25.0	5	33.3	1	6.3	7	36.8	21	20.0
Total	30	100	17	100	8	100	15	100	16	100	19	100	105	100

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diferentes niveles



### CUADRO #30

Acciones en los programas por directores, epidemiólogos y subdirectores de atención médica por niveles de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	DIRECTORES						EPIDEMIOLOGOS						SUB. DIR. ATENC. MEDICA					
	C/S		Hospital		SILAIS		C/S		Hospital		SILAIS		C/S		Hospital		SILAIS	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud.	2	18.2					6	54.5					1	12.5				
Investigaciones causal y explicativa							1	9.1					1	12.5				
Respuestas que no corresponden	8	72.7	6	100	3	100	4	36.3	3	100	1	100	6	75	4	100	3	100
No tienen respuesta	1	0.9																
Total	11	100	6	100	3	100	11	100	3	100	1	100	8	100	4	100	3	100

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles.

**CUADRO #31**

Acciones realizadas en actividad de terreno por los equipos  
de dirección de los sistemas locales de salud por  
campo de acción de la Epidemiología  
Managua Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	ACCIONES REALIZADAS EN ACTIVIDAD DE TERRENO	NUMERO	PORCENTAJE
Estudio de la situación de salud en los diferentes grupos de población.	Saneamiento ambiental. Insistencia a programas.	3	2.9%
Vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud.	Visita domiciliar, control de foco y llenado de fichas capacitación por programas. Estudio de casos, vigilancia epidemiológica, efectividad de las medidas.	60	57.1%
Investigación causal y explicativa	Planificación de transporte. Análisis de actividades Recursos y equipos. Transferencias, evaluar la intervención.	21	20.0%
Respuestas que no corresponden	Trabajo de terreno Programación de terreno	3	2.9%
No responden		18	17.1%
Total		105	100.0%

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles

### CUADRO #32

Acciones de actividad de terreno por profesión de los  
equipos de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	P R O F E S I O N													
	M. Gral.		Especialista		Salubrista		Lic. Enf.		Enf. Profesional		Otros		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Estudio de la situación de salud en los diferentes grupos de población									2	12.4	1	5.3	3	2.9
Vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud.	20	66.7	6	35.3	6	75	7	46.7	11	68.8	10	52.6	603	57.1
Investigación causal y explicativa. sobre problemas prioritarios de salud.	5	16.7	6	35.3	1	12.5	4	26.7	3	18.8	2	12.5	21	20
Respuestas que no corresponden	1	3.3					1	6.6			1	5.3	3	2.9
No tienen respuesta	4	13.3	5	29.4	1	12.5	3	20			5	26.3	18	17.1
Total	30	100	17	100	8	100	15	100	16	100	19	100	105	100

Fuente : Encuestas a equipos de dirección de diversos niveles

**CUADRO #33**

Acciones en la actividad de terreno nivel y cargo de director, epidemiólogo  
y jefe de enfermería de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	DIRECTORES						EPIDEMIOLOGOS						SUB. DIR. ATENC. MEDICA					
	C/S		Hospital		SILAIS		C/S		Hospital		SILAIS		C/S		Hospital		SILAIS	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Estudio de situación de salud en los diferentes grupos de población													2	14.3				
Vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros prob. de salud	9	81.8	1	16.7	2	66.7	9	81.8	1	33.3	1	100	11	78.6	5	62.5		
Investigacion causal y explicativa sobre problemas prioritarios de salud	1	9.1	3	50									1	7.1	1	12.5		
Respuestas que no corresponden							1	9.1	1	33.3								
No tienen respuesta	1	9.1	2	33.3	1	33.3	1	9.1	1	33.3					2	25	2	100
Total	11	100	6	100	3	100	11	100	3	100	1	100	14	100	8	100	2	100

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles.

**CUADRO #34**

Acciones realizadas para medir el estado de salud de los equipos  
de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	ACCIONES REALIZADAS PARA EL ESTADO DE SALUD	NUMERO	PORCENTAJE
Estudio de la situación de salud en los diferentes grupos de población.	Enfermedades de la población por edad y sexo. Condiciones de problemas prioritarios selecc. de problemas.	48	45.7%
Vigilancia epidemiológica de enfermedades y sobre problemas de salud.	Estudio de casos. Control de focos. Prevención de enfermedades.	15	14.3%
Investigación causal y explicativa sobre problemas prioritarios de salud.	Diagnóstico de enfermedades.	8	7.6%
Evaluación del impacto en salud en los servicios y otras acciones.	Disponibilidad de los recursos, costos y beneficios sociales de los programas.	6	5.7%
Respuestas que no corresponden	No apoyan la gerencia. No se realizó mediciones. Programación de terreno	4	3.8%
No responden		24	22.9%
Total		105	100.0%

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles

**CUADRO #35**

Acciones realizadas para medir el estado de salud por profesión de los  
equipos de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	P R O F E S I O N													
	M. Gral.		Especialista		Salubrista		Lic. Enf.		Enf. Profesional		Otros		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Estudio de la situación de salud en los diferentes grupos de población	20	66.7	8	47.1	4	50	6	40	7	43.8	3	15.7	48	45.7
Vigilancia epidemiológica de las enfermedades y sobre prob. de salud	4	13.3	2	11.8	2	25	1	6.7	2	12.5	4	21.1	15	14.3
Investigacion causal y explicativa sobre problemas prioritarios de salud			1	5.9	1	12.5	4	26.7	2	12.5			8	7.6
Evaluación del impacto en salud en los servicios y otras acciones	1	3.3					2	13.3	3	18.7			6	5.7
Respuestas que no corresponden	2	6.7	2	11.8									4	3.8
No tienen respuesta	3	10	4	23.4	1	12.5	2	13.3	2	12.5	12	63.2	24	22.9
Total	30	100	17	100	8	100	15	100	16	100	19	100	105	100

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles.

### CUADRO #36

Decisiones de medición del estado de salud por nivel y cargo de los  
equipos de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	DIRECTORES						EPIDEMIOLOGOS						SUB. DIR. ATENC. MEDICA					
	C/S		Hospital		SILAIS		C/S		Hospital		SILAIS		C/S		Hospital		SILAIS	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Estudio de la situación de salud en los diferentes grupos de población	6	54.5	3	50	2	66.7	6	54.5	1	33.3			5	62.5	2	50	1	33.3
Vigilancia epidemiológica de la enfermedades y sobre prob. de salud	2	18.2			1	33.3	3	27.3	1	33.3					2	50	1	33.3
Investigacion causal y explicativa sobre problemas prioritarios de salud			1	16.7			1	9.1					1	12.5			1	33.3
Evaluación del impacto en salud en los servicios y otras acciones	1	9.1					1	9.1					2	25				
Respuestas que no corresponden	1	9.1																
No tienen respuesta	1	9.1	2	33.3					1	3.33	1	100						
Total	11	100	6	100	3	100	11	100	3	100	1	100	8	100	4	100	3	100

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles.

**CUADRO #37**

Acciones de la vigilancia epidemiológica realizadas por los  
equipos de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	ACCIONES DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.	NUMERO	PORCENTAJE
Estudio de la situación de salud en los diferentes grupos de población.			
Vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud.	Prevención, control de focos, registro y captación de vectores.	59	56.2%
Investigación causal y explicativa sobre problemas prioritarios de salud.	Recursos humanos, comité de análisis, frecuencia y comportamiento de disposición de la salud de servicios.	26	24.8%
Respuestas que no corresponden	No la conozco. saco fichas sin razón. No se hace V.E. verdadera.	3	2.9%
No responden		17	16.2%
Total		105	100.0%

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles



### CUADRO #38

Acciones de la vigilancia epidemiológica realizada por profesión de los  
equipos de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	P R O F E S I O N													
	M. Gral.		Especialista		Salubrista		Lic. Enf.		Enf. Profecional		Otros		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud	19	63.3	9	52.9	2	25	9	60	9	56.3	11	57.9	59	56.2
Investigación causal y explicativa sobre problemas prioritarios de salud	6	20	4	23.5	5	62.5	4	26.7	5	31.3	2	10.5	26	24.8
Respuestas que no corresponden	2	6.7									1	5.3	3	2.8
No tienen respuesta	3	10	4	23.5	1	16.5	2	13.3	2	12.4	5	26.1	17	16.2
Total	30	100	17	100	8	100	15	100	16	100	19	100	105	100

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles.

### CUADRO #39

Acciones de vigilancia epidemiológica por nivel y cargo de  
los equipos de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	DIRECTORES						EPIDEMIOLOGOS						SUB. DIR. ATENC. MEDICA					
	C/S		Hospital		SILAIS		C/S		Hospital		SILAIS		C/S		Hospital		SILAIS	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros prob. de salud	8	72.7	4	66.7	1	33.3	7	63.6	1	33.3			4	50	3	75	1	33.3
Investigación causal y explicativa sobre problemas prioritarios de salud	2	18.2	1	16.7	2	66.7	3	27.3	1	33.3			4	50	1	25	2	66.7
Respuestas que no corresponden							1	9.1	1	33.3								
No tienen respuesta	1	9.1	1	16.7							1	100						
Total	11	100	6	100	3	100	11	100	3	100	1	100	8	100	4	100	3	100

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles.

**CUADRO #40**

Acciones de planificación realizada por los equipos  
de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	ACCIONES DE PLANIFICACION	NUMERO	PORCENTAJE
Estudio de la situación de salud en los diferentes grupos de población.	Incidencia de Diarrea y otras enfermedades de la población.	18	17.1%
Vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud.	Control de enfermedades de transmisión vectorial. Trabajo de terreno, vacunación.	19	18.1%
Investigación causal y explicativa. sobre problemas prioritarios de salud.	Intervención por programas de planificación, organización y vacunación de serv. toma de decisiones.	48	45.7%
Respuestas que no corresponden	Planificar el director.	1	1.0%
No responden		19	18.1%
Total		105	100.0%

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles

**CUADRO #41**

Acciones de planificación por profesión de los  
equipos de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	P R O F E S I O N													
	M. Gral.		Especialista		Salubrista		Lic. Enf.		Enf. Profesional		Otros		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Estudio de situación de salud en los diferentes grupos de población	4	13.3	1	5.9			5	33.3	4	25	4	21.0	18	17.1
Vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud	6	20	1	5.9	2	25	3	20	2	12.5	5	26.4	19	18.1
Investigación causal y explicativa sobre problemas prioritarios de salud	17	56.7	12	70.6	6	75	4	26.7	5	32.7	4	21.0	48	45.8
Respuestas que no corresponden									1	6.3			1	0.9
No tienen respuesta	3	10	3	17.6			3	20	4	25	6	31.6	19	18.1
Total	30	100	17	100	8	100	15	100	16	100	19	100	105	100

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles.

## CUADRO #42

Acciones de planificación por nivel y cargo de los  
equipos de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	DIRECTORES						EPIDEMIOLOGOS						SUB. DIR. ATENC. MEDICA					
	C/S		Hospital		SILAIS		C/S		Hospital		SILAIS		C/S		Hospital		SILAIS	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Estudio de situación de salud. en los diferentes grupos de población	3	27.3					2	18.2					4	50	1	33.3		
Vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud	2	18.2	1	16.7	1	33.3	3	27.3					2	25				
Investigación causal y explicativa sobre problemas prioritarios de salud	6	54.5	4	66.7	2	66.7	6	54.5	2	66.7	1	100	2	25	2	66.7	3	100
No tienen respuesta			1	16.2					1	33.3								
Total	11	100	6	100	3	100	11	100	3	100	1	100	8	100	4	100	3	100

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles.

**CUADRO #43**

Acciones de organización de los equipos  
de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	ACCIONES DE ORGANIZACION	NUMERO	PORCENTAJE
Estudio de la situación de salud en los diferentes grupos de población.	Priorización de recursos.	12	11.4%
Vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud.	Indicadores sobre perfil. Jornada de vacunación.	16	15.2%
Investigación causal y explicativa. sobre problemas prioritarios de salud.	Coordinación y ejecución de acciones, capacitación y aplicación de normas, asignación y ubicación de recursos. Intervención por programas. Promoción y cumplimiento, programación y planificación de acciones.	41	39.1%
Evaluación de impacto en salud en los servicios y otras acciones.	Comportamiento de los problemas, disponibilidad de los recursos técnicos y el personal cap. de trabajadores.	25	23.8
Respuestas que no corresponden	No hay organización, esto es un desorden.	4	3.8%
No tienen respuesta		7	6.7%
Total		105	100.0%

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles.

# CUADRO #44

Acciones de organización por profesión de los  
equipos de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	P R O F E S I O N													
	M. Gral.		Especialista		Salubrista		Lic. Enf.		Enf. Profesional		Otros		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Estudio de situación de salud en los diferentes grupos de población	3	10	2	11.8			2	13.3	3	18.7	2	10.5	12	11.4
Vigilancia epidemiológica de enfermedaes y otros problemas de salud	3	10	2	11.8			3	20	1	6.3	7	36.8	16	15.3
Investigación causal y explicativa sobre problemas prioritarios de salud	14	46.7	8	47.0	4	50	5	40.0	5	31.2	4	21.0	41	39.0
Evaluación de impacto en salud en los servicios y otras acciones	8	26.7	2	11.8	4	50	3	20	5	31.2	3	15.8	25	23.8
Respuestas que no corresponden			1	5.8					1	6.3	2	10.6	4	3.8
No tienen respuesta	2	6.7	2	11.8			1	6.7	1	6.3	1	5.3	7	6.7
Total	30	100	17	100	8	100	15	100	16	100	19	100	105	100

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles.

# CUADRO #45

Acciones de organización por nivel y cargo de los  
equipos de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	DIRECTORES						EPIDEMIOLOGOS						SUB. DIR. ATENC. MEDICA					
	C/S		Hospital		SILAIS		C/S		Hospital		SILAIS		C/S		Hospital		SILAIS	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Estudio de situación de salud en los diferentes grupos de población	1	9.1	1	16.7			1	9.1					3	37.5	1	25.3		
Vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud	1	9.1	1	16.7			2	18.2					2	25				
Investigación causal y explicativa sobre problemas prioritarios de salud	3	27.3	2	33.3	1	33.3	6	54.5	2	66.3	1	100	1	12.5			1	33.3
Evaluación de impacto en salud en los servicios y otras acciones	5	45.4	1	16.7	2	66.7	2	18.2	1	33.3			2	25	2	50	2	66.7
No tienen respuesta	1	9.1	1	16.7											1	25		
Total	11	100	6	100	3	100	11	100	3	100	1	100	8	100	4	100	3	100

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles.



**CUADRO #46**

Acciones en investigación de los equipos  
de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	ACCIONES DE INVESTIGACION	NUMERO	PORCENTAJE
Estudio de la situación de salud en los diferentes grupos de población.	Sitio centinela. Búsqueda de casos. Investigación de Patologías. Conocimientos del estado comunitario, análisis situacional.	36	34.3%
Vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud.	Llenado de boletas de enf. de notificación.	11	10.5%
Investigación causal y explicativa. sobre problemas prioritarios de salud.	Evaluación de actividades. Elaboración de normas.	26	24.8%
Evaluación de impacto en salud en los servicios y otras acciones.	Disponibilidad de los recursos Eficacia direccional de las técnicas, conocimientos de los factores de riesgo y su dependencia.	10	9.5%
Respuestas que no corresponden	No hay tiempo, solo saco trabajo, no se hace investigación.	5	4.8%
No tienen respuesta		17	16.1%
Total		105	100.0%

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles.

# CUADRO #47

Acciones de investigación por profesión de los  
equipos de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	P R O F E S I O N													
	M. Gral.		Especialista		Salubrista		Lic. Enf.		Enf. Profesional		Otros		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Estudio de situación de salud en los diferentes grupos de población	13	43.3	6	35.3			8	53.3	6	37.5	3	18.8	36	34.3
Vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud	3	10	1	5.9			1	6.7	2	12.5	4	21	11	10.5
Investigación causal y explicativa sobre problemas prioritarios de salud	7	23.3	3	17.6	5	62.5	3	20.0	2	12.5	6	31.6	26	24.8
Evaluación de impacto en salud en los servicios y otras acciones	2	6.7	2	11.8	3	37.5	1	6.7	2	12.5			10	9.5
Respuestas que no corresponden	1	5.3	2	11.8					1	6.3	1	5.3	5	4.8
No tienen respuesta	4	13.3	3	17.6			2	13.3	3	18.7	5	26.3	17	16.2
Total	30	100	17	100	8	100	15	100	16	100	19	100	105	100

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles.

**CUADRO #48**

Acciones de investigación por nivel y cargo de los  
equipos de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	DIRECTORES						EPIDEMIOLOGOS						SUB. DIR. ATENC. MEDICA					
	C/S		Hospital		SILAIS		C/S		Hospital		SILAIS		C/S		Hospital		SILAIS	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Estudio de situación de salud en los diferentes grupos de población	7	63.7	3	50	1	33.3	4	36.4	1	33.3			2	25	1	25		
Vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud			1	16.7			1	9.1					2	25				
Investigación causal y explicativa sobre problemas prioritarios de salud	2	18.2	1	16.7	1	33.3	3	27.3	1	33.3			2	25	1	25	2	66.7
Evaluación de impacto en salud en los servicios y otras acciones	1	9.1	1	16.7	1	33.3	1	9.1			1	100	1	12.5	1	25	1	33.3
Respuestas que no corresponden							1	9.1										
No tienen respuesta	1	9.1					1	9.1	1	33.3			1	12.5	1	25		
Total	11	100	6	100	3	100	11	100	3	100	1	100	8	100	4	100	3	100

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles.

**CUADRO #49**

Acciones de medición del impacto en salud de los  
equipo de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	ACCIONES DE MEDICIONES DE IMPACTO	NUMERO	PORCENTAJE
Estudio de la situación de salud en los diferentes grupos de población.	Sitio centinela. Comportamiento de Patologías.	12	11.4%
Vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud.	Prevención de epidemias, control y factores de riesgo, adecuación y origen de problemas.	33	31.4%
Investigación causal y explicativa. sobre problemas prioritarios de salud.	Evaluación en los programas recursos en salud.	16	15.2%
Evaluación de impacto en salud en los servicios y otras acciones.	Comportamiento de los problemas priorizados, disponibilidad de recursos y su utilización, costos y beneficios sociales de las medidas usadas.	17	16.3%
Respuestas que no corresponden	No se hace, no la realizan.	4	3.8%
No tienen respuesta		23	21.9%
Total		105	100.0%

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles

**CUADRO #50**

Acciones de medición de impacto por profesión de los  
equipos de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	P R O F E S I O N													
	M. Gral.		Especialista		Salubrista		Lic. Enf.		Enf. Profesional		Otros		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Estudio de situación de salud en los diferentes problemas de salud	3	10	1	5.9			2	13.4	6	37.5			12	11.4
Vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud	10	33.3	7	41.2			7	46.4	4	25	5	26.4	33	31.4
Investigación causal y explicativa sobre problemas prioritarios de salud	4	13.3	2	11.8	4	50	2	13.6	2	12.5	2	10.5	16	15.2
Evaluación de impacto en salud en los servicios y otras acciones	9	30	3	17.6	3	37.5	1	6.7	1	6.3			17	16.2
Respuestas que no corresponden	1	3.3					1	6.7			2	10.5	4	3.8
No tienen respuesta	3	10	4	23.5	1	12.5	2	13.4	3	18.7	10	52.6	23	21.9
Total	30	100	17	100	8	100	15	100	16	100	19	100	105	100

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles.

**CUADRO #51**

Medición de impacto por nivel y cargo de los  
equipos de dirección de los sistemas locales de salud  
Managua, Abril - Agosto de 1994

CAMPOS DE ACCION DE LA EPIDEMIOLOGIA	DIRECTORES						EPIDEMIOLOGOS						SUB. DIR. ATENC. MEDICA					
	C/S		Hospital		SILAIS		C/S		Hospital		SILAIS		C/S		Hospital		SILAIS	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Estudio de situación de salud en los diferentes grupos de población	2	18.2					1	9.1	1	33.3								
Vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud	1	9.1	1	16.6			5	45.4	1	33.3			2	25	2	50		
Investigación causal y explicativa sobre problemas prioritarios de salud	3	27.3	1	16.6			3	27.3					4	50			1	33.7
Evaluación de impacto en salud en los servicios y otras acciones	4	36.4	1	16.6	3	100			1	33.3	1	100	1	12.5	1	25	2	66.3
Respuestas que no corresponden																		
No tienen respuesta	1	9.1	3	50			2	18.2					1	12.5	1	25		
Total	11	100	6	100	3	100	11	100	3	100	1	100	8	100	4	100	3	100

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles.

## CUADRO #52

Factores facilitadores en la realización de actividades  
en las unidades prestadoras de servicio.

		Programa		Act. terreno		Est. salud		Vig. Epidem.		Planificación		Organización		Investigación Epidem.		Med. Impacto	
		#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
ECONOMICOS	-Recursos materiales adecuados -Ayuda material e investigación -Cooperación externa	12	11.4	1	0.9	4	3.8	6	5.7	5	4.7	7	6.7	1	0.9	1	0.9
ORGANIZATIVOS	-Cooperación interinstitucional -Distribución de equipos -Organización adecuada -Políticas institucionales -Apoyo del personal de estadística -Red de servicios eficiente -Formación equipos de trabajo -Programación, ejecución y evaluación	39	37.1	43	40.9	36	34.3	52	49.5	63	60	46	43.8	21	20	42	40
EDUCATIVOS	-Actualización educativa -Formación de brigadistas -Existencias de materiales educativos -Recursos humanos adecuados	37	35.2	35	33.3	10	9.5	12	11.4	18	17.1	28	26.7	40	38.1	18	17.2
RECURSOS TECNICOS MATERIALES	-Existencia de papelería -Facilidad en la recolección de datos y análisis. -Computadoras -Transporte y combustible	18	17.1	4	3.8	11	10.5	39	37.1	21	20	15	14.3	4	3.8	17	16.2
MOTIVACION	-Asesoría -Disposición de los trabajadores de la salud -Disciplina del personal	42	40	31	29.5	23	21.9	27	25.7	23	21.9	27	25.7	34	32.4	21	20
COMUNIDAD	-Coordinación con la comunidad -Brigadistas de salud -Cooperación comunitaria -Demanda de los servicios	15	14.3	41	39.1	30	28.6	12	11.4			12	11.4	24	22.9		
NO RESPONDEN		21	20	18	17.1	24	22.9	17	16.2	19	18.1	7	6.7	17	16.2	23	21.9

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles.

**CUADRO # 53**

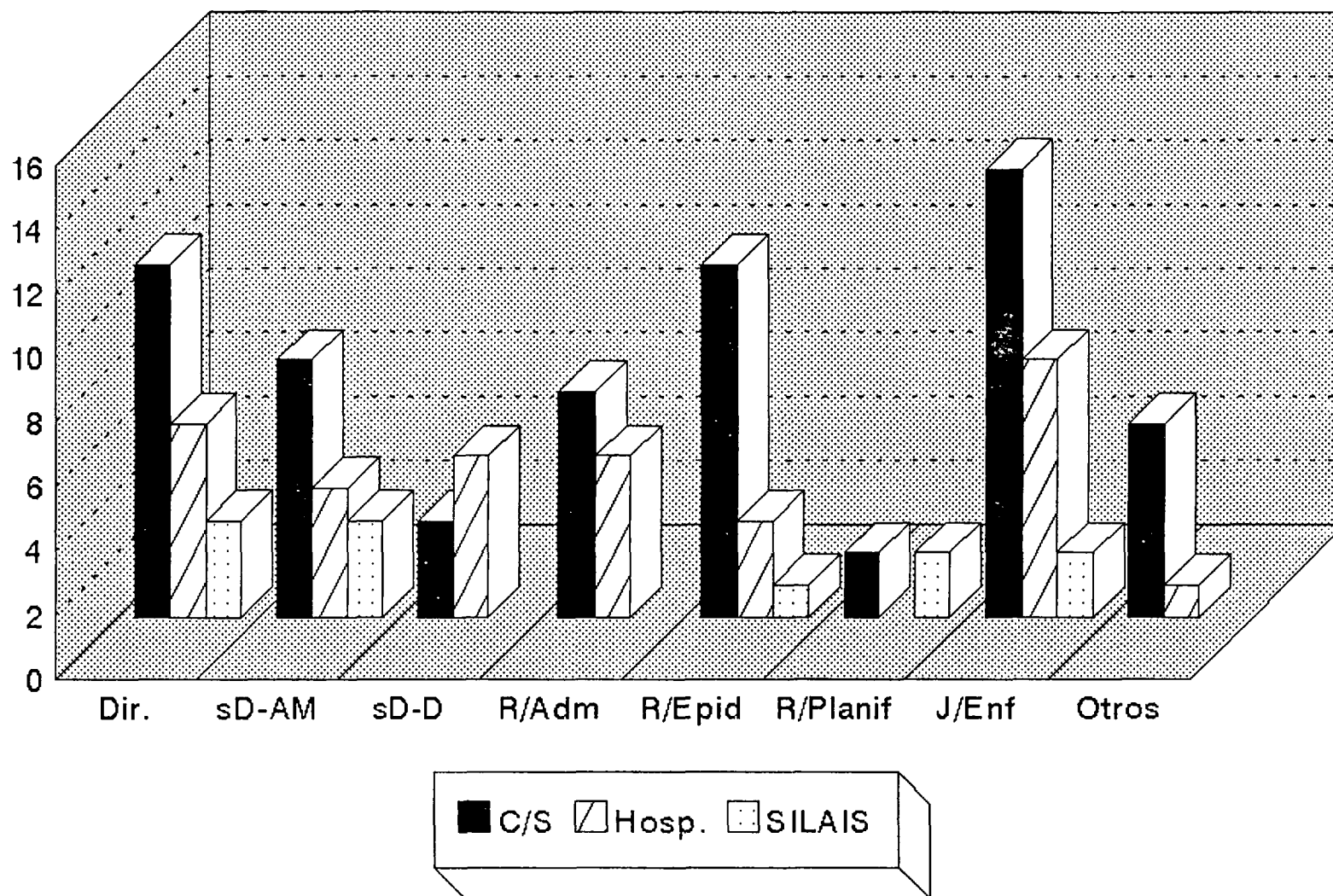
Factores limitantes para la realización de actividades en los  
distintos componentes en las unidades prestadoras de servicio.

		Programa		Act. terreno		Est. salud		Vig. Epidem.		Planificación		Organización		Investigación Epidem.		Med. Impacto	
		#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
ECONOMICOS	-Poco presupuesto -Pocos recursos económicos -Escasez de personal -Bajos salarios	40	38.1	63	60	31	29.5	32	30.5	24	22.9	23	21.9	19	18.9	8	7.6
ORGANIZATIVOS	-Mala definición de objetivos -Falta de equipos de trabajo -Falta de coordinación interinstitucional -Poca articulación de los niveles de salud -Falta de evaluación de actividades -Mala dirección y falta de coord. del equipo. -Deficiente desarrollo gerencial -Mucha pepelería sin sentido	42	40	66	62.9	71	67.6	53	50.5	43	40.9	42	40	48	45.7	37	35.2
EDUCATIVOS	-Falta de capacitación del personal -Falta de materiales educativos	12	11.4	15	14.3	2	1.9	6	5.7	2	1.8	7	6.7	25	23.8	22	20.1
RECURSOS TECNICOS MATERIALES	-Mala aplicación de las normas -Falta de transporte -Datos estadísticos incompletos -Poco abastecimiento de materiales -Deterioro de equipos -Inadecuado acondicionamiento de locales	63	60	70	66.7	18	17.1	33	12.4	52	49.5	21	20	12	11.4	24	22.9
MOTIVACION	-Desgaste del personal -Poca integración del personal -Falta de política de estímulos -Poca conciencia laboral -Falta de fondo de tiempo de investigaciones	12	11.4	18	17.1	21	20	15	14.3	24	22.9	27	25.8	38	36.2	29	27.6
COMUNIDAD	-Poca participación social -Migración de población -Analfabetismo -Malas medidas higiénicas -Falsas direcciones	18	17.1	29	27.6	5	4.8	28	26.7	17	16.2	5	4.8			8	7.6
NO RESPONDEN		21	20	18	17.1	24	22.9	17	16.2	19	18.1	7	6.7	17	16.2	23	21.9

Fuente : Encuesta a equipos de dirección de diversos niveles.

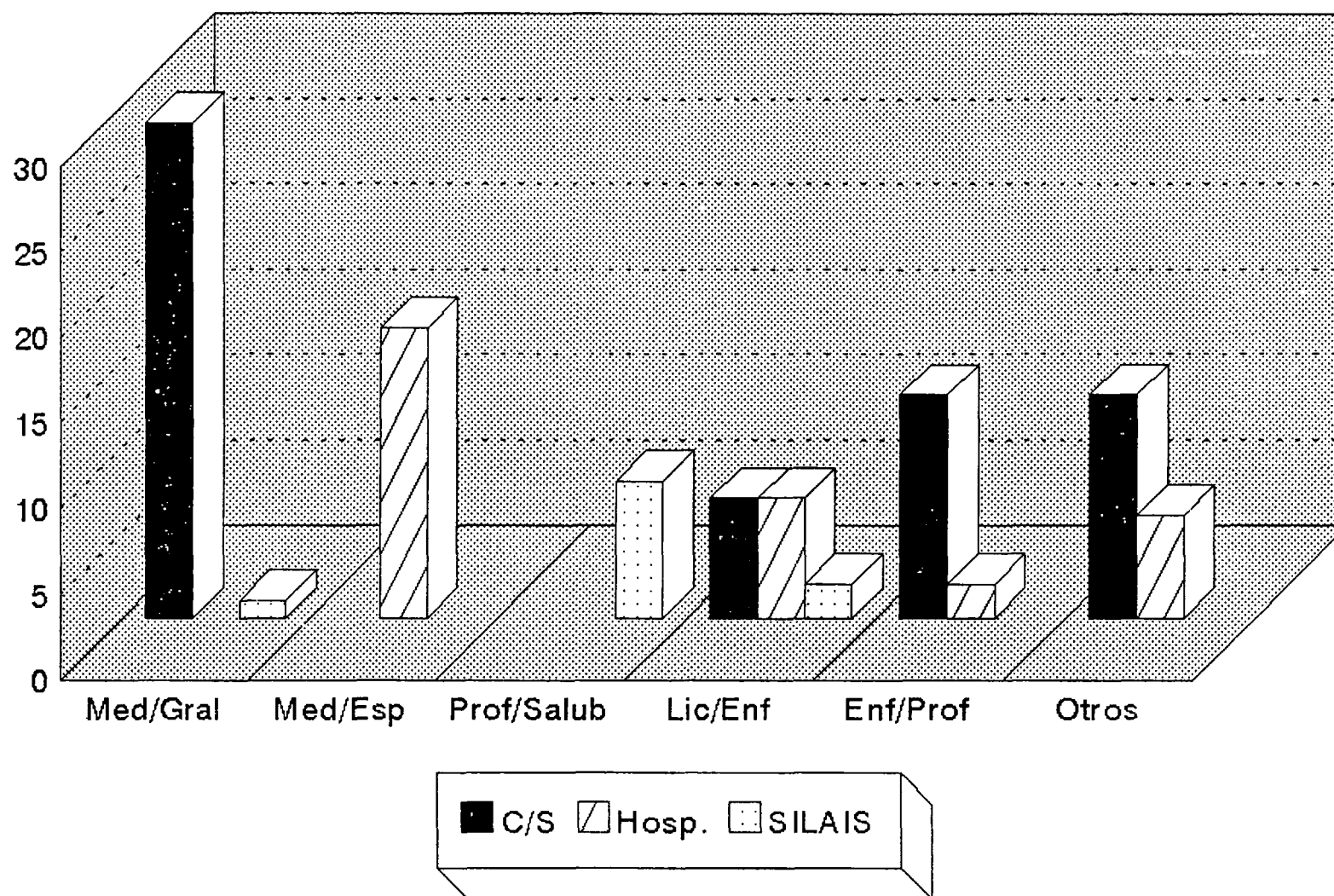


# Cargo y nivel de los recursos de los equipos de dirección de los sistemas locales de salud Managua, Abril - Agosto de 1994



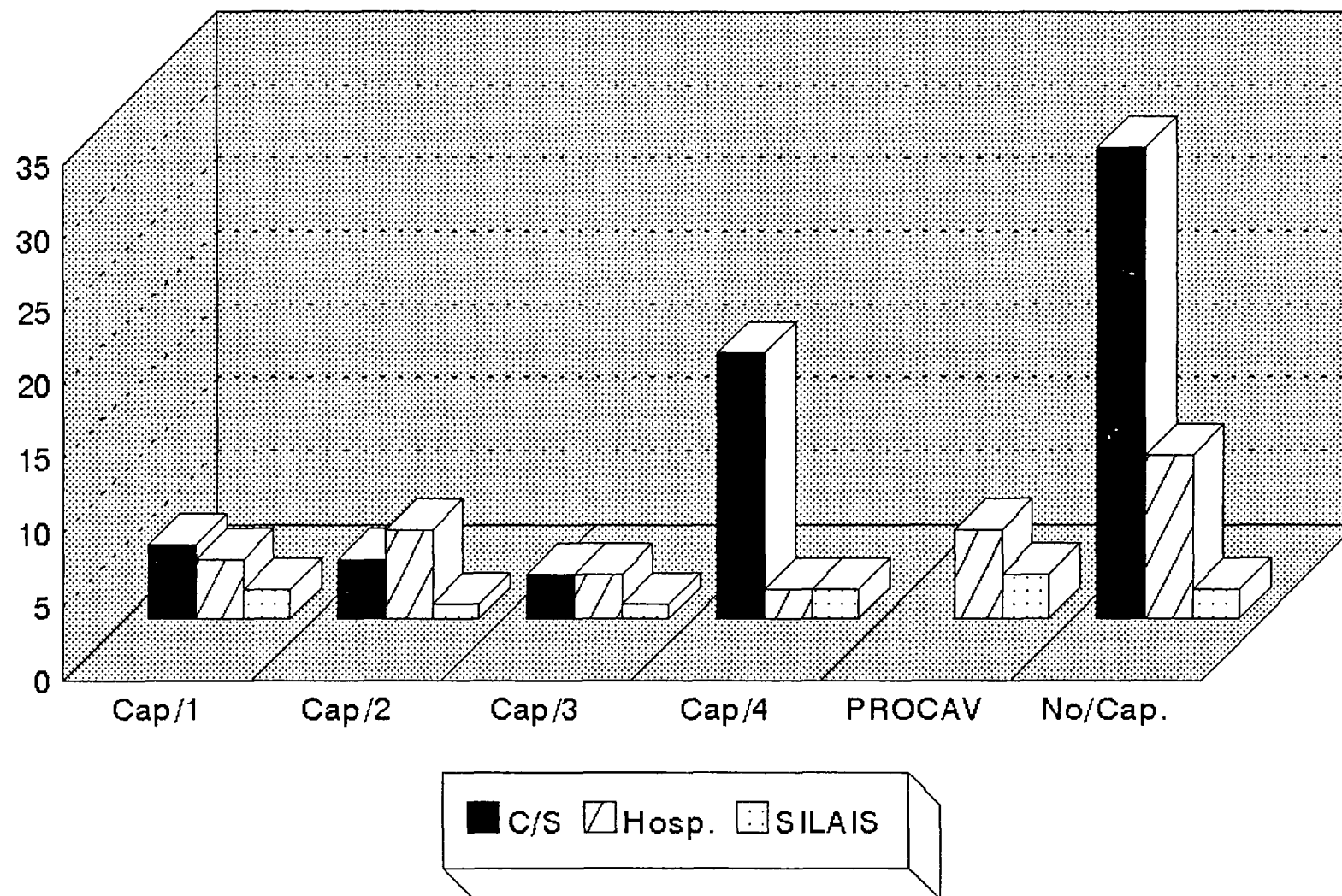
Fuente: Cuadro #10

# Profesión y nivel de los recursos de los equipos de dirección de los sistemas locales de salud Managua, Abril - Agosto de 1994



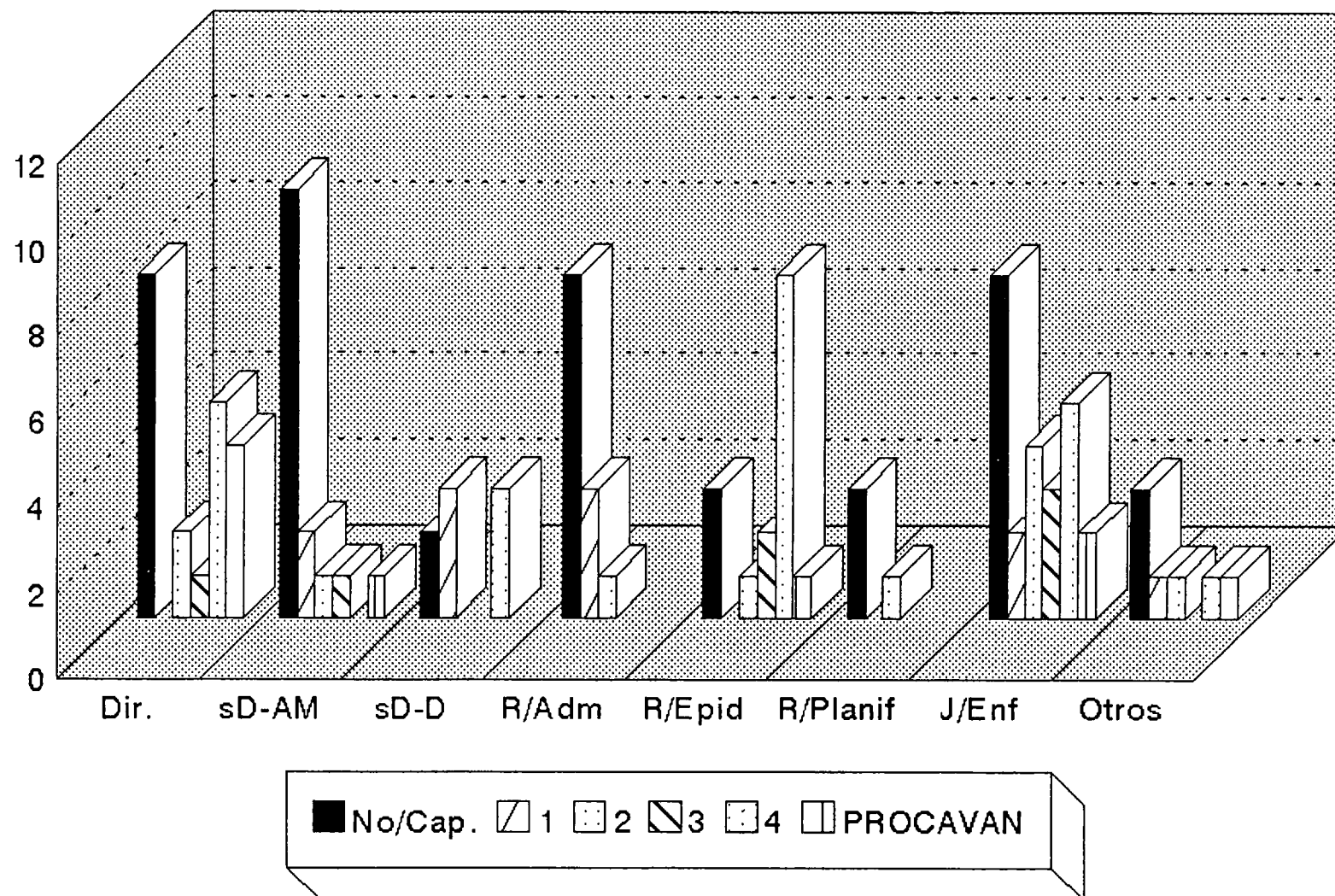
Fuente: Cuadro #11

# Número de capacitaciones y nivel de los equipos de dirección de los sistemas locales de salud Managua, Abril - Agosto de 1994



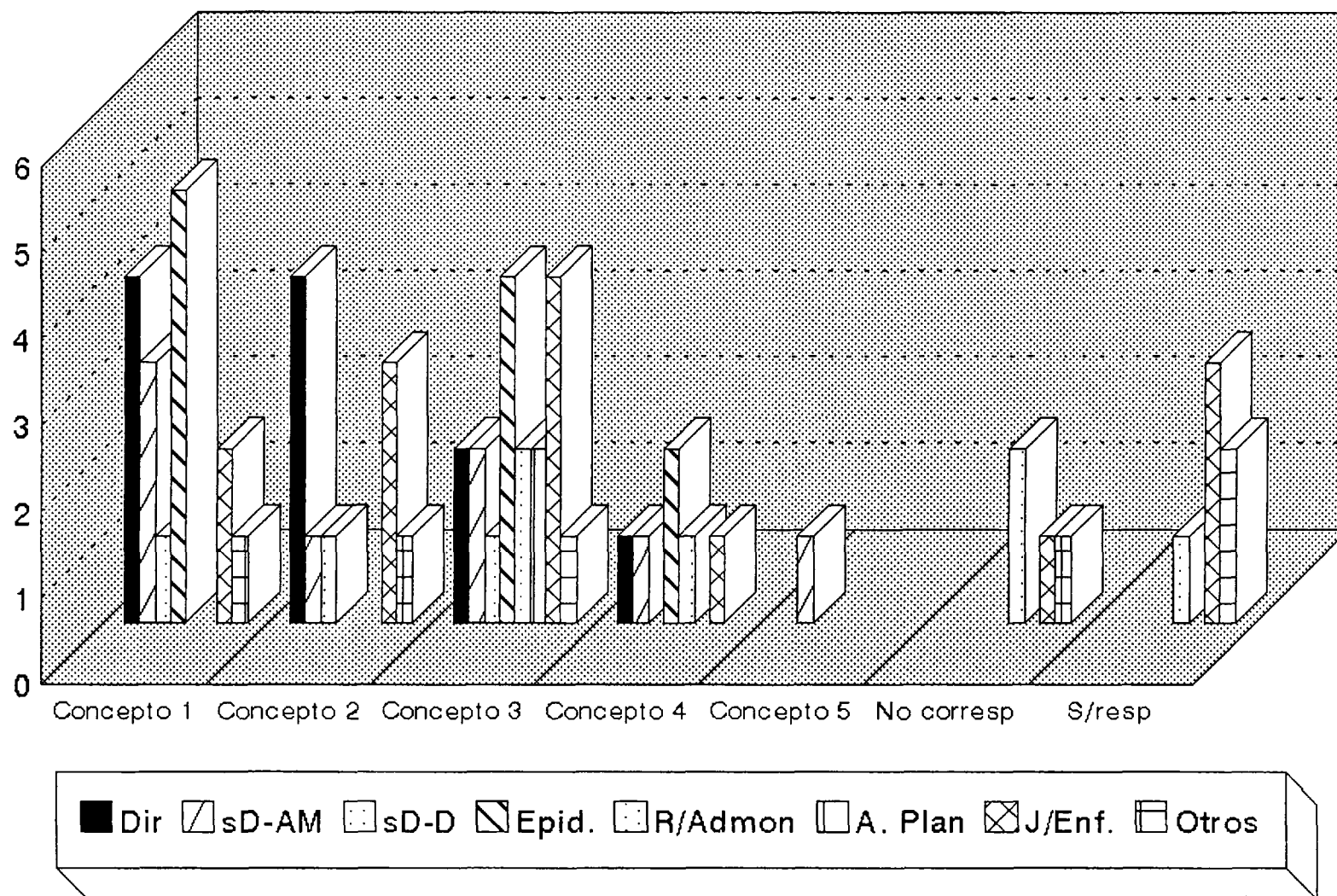
Fuente: Cuadro #12

# Cargo y número de capacitaciones de los equipos de dirección de los sistemas locales de salud Managua, Abril - Agosto de 1994

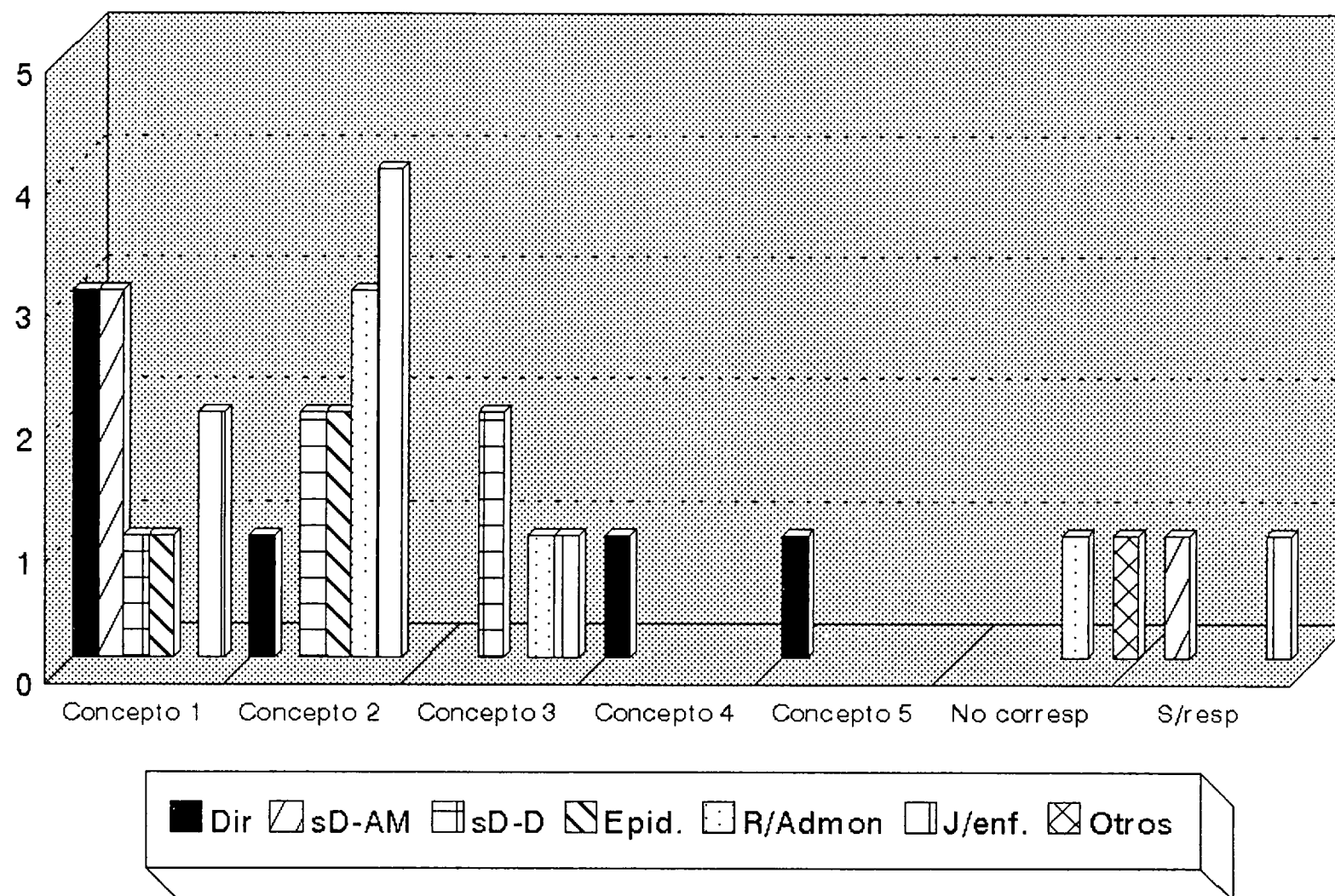


Fuente: Cuadro #13

# Cargo, concepto y nivel area de salud de los equipos de dirección de los sistemas locales de salud Managua, Abril - Agosto de 1994

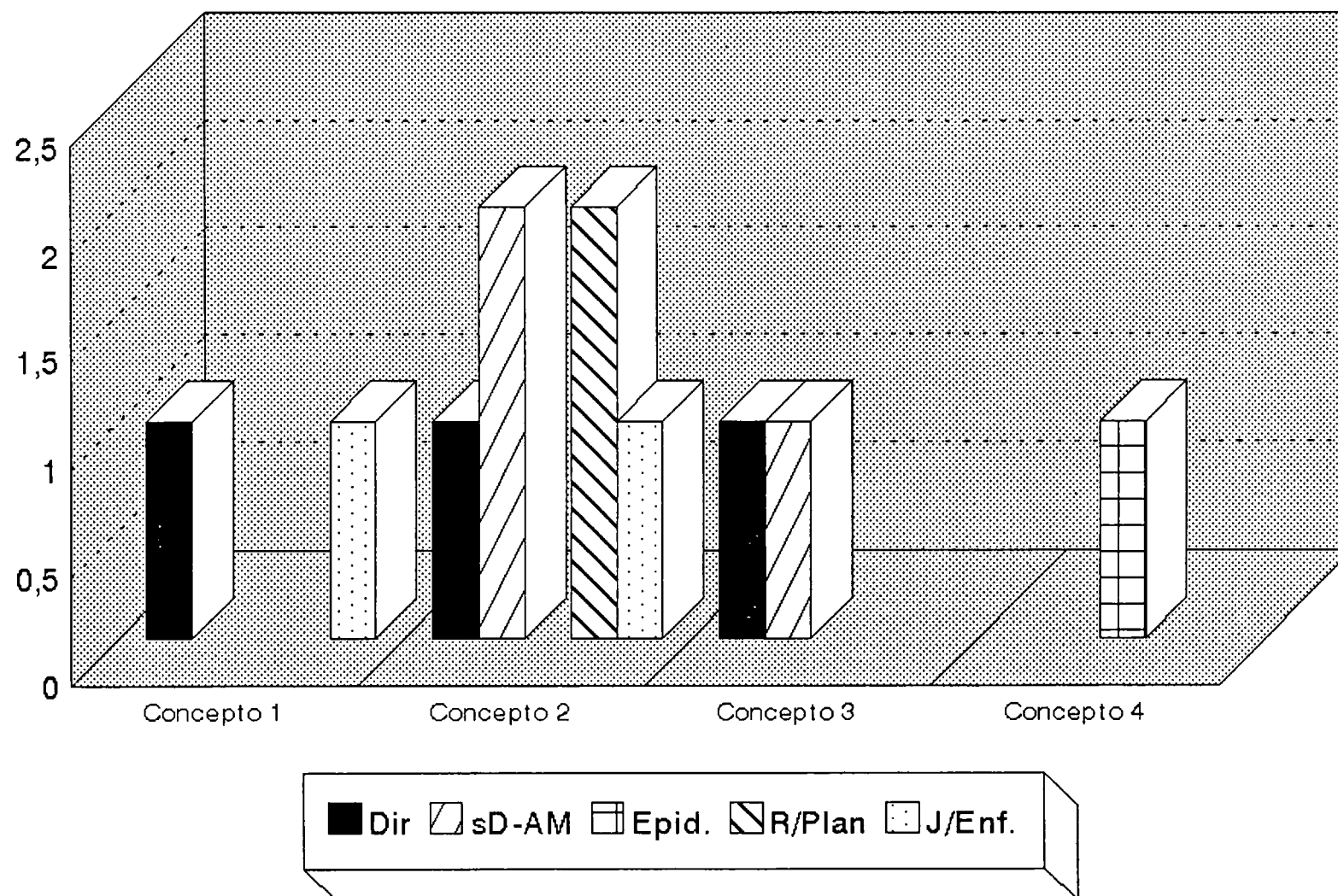


# Concepto y cargo de los recursos de dirección en el nivel hospital Managua, Abril - Agosto de 1994



Fuente: Cuadro #16

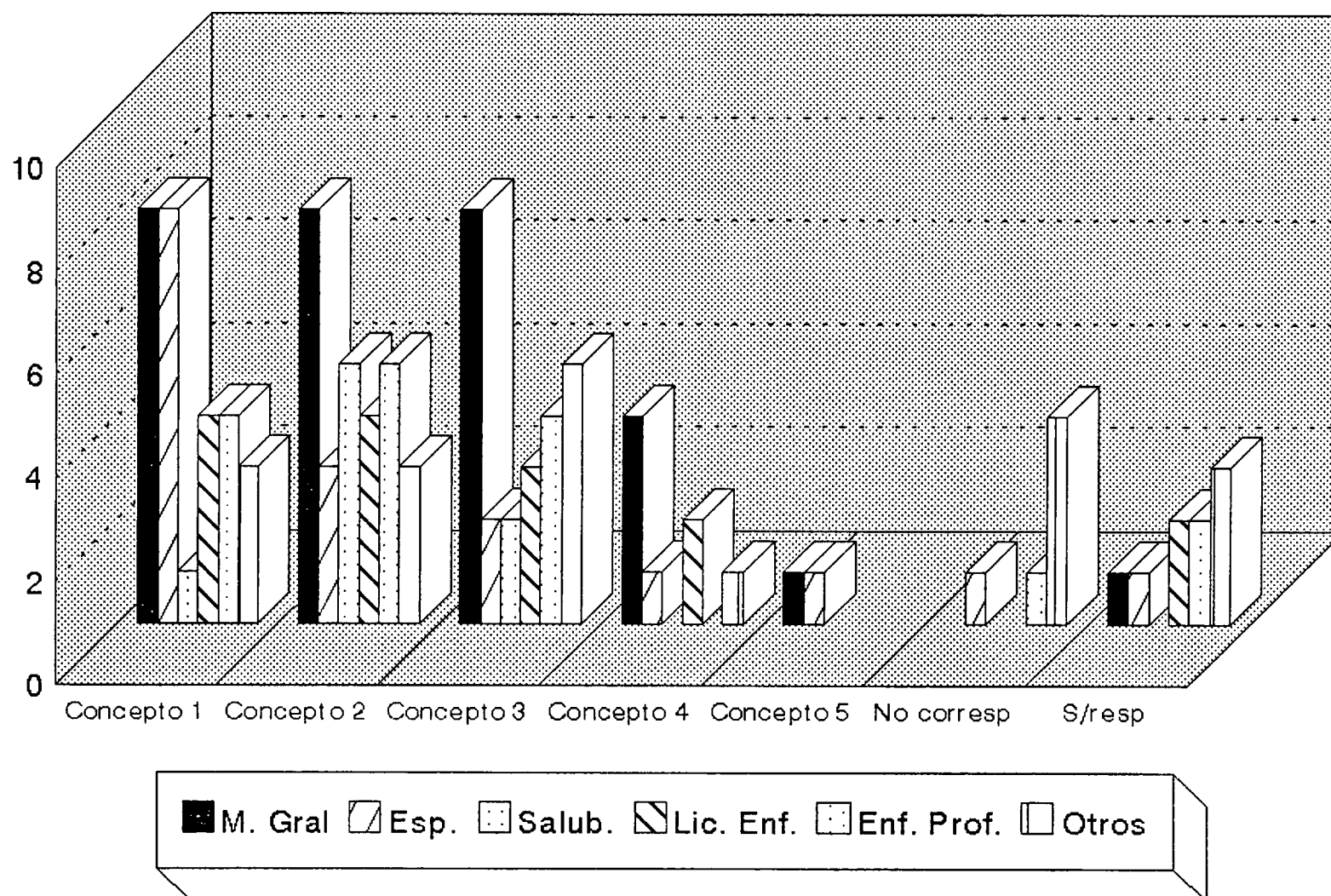
# Concepto y cargo de los recursos de dirección en el nivel SILAIS Managua, Abril - Agosto de 1994



Fuente: Cuadro #17



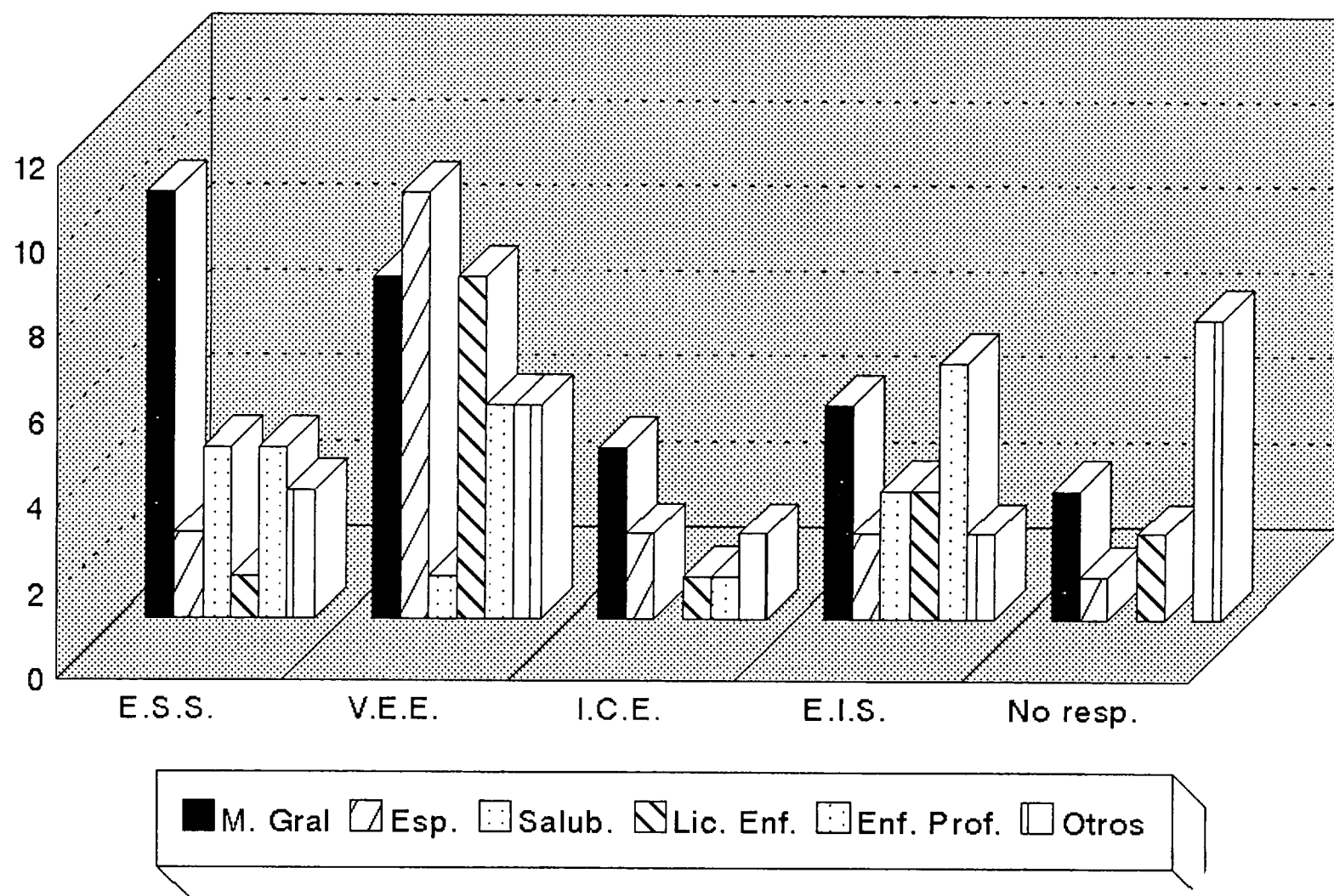
# Concepto y profesión de los equipos de dirección de los sistemas locales de salud Managua, Abril - Agosto de 1994



Fuente: Cuadro #18

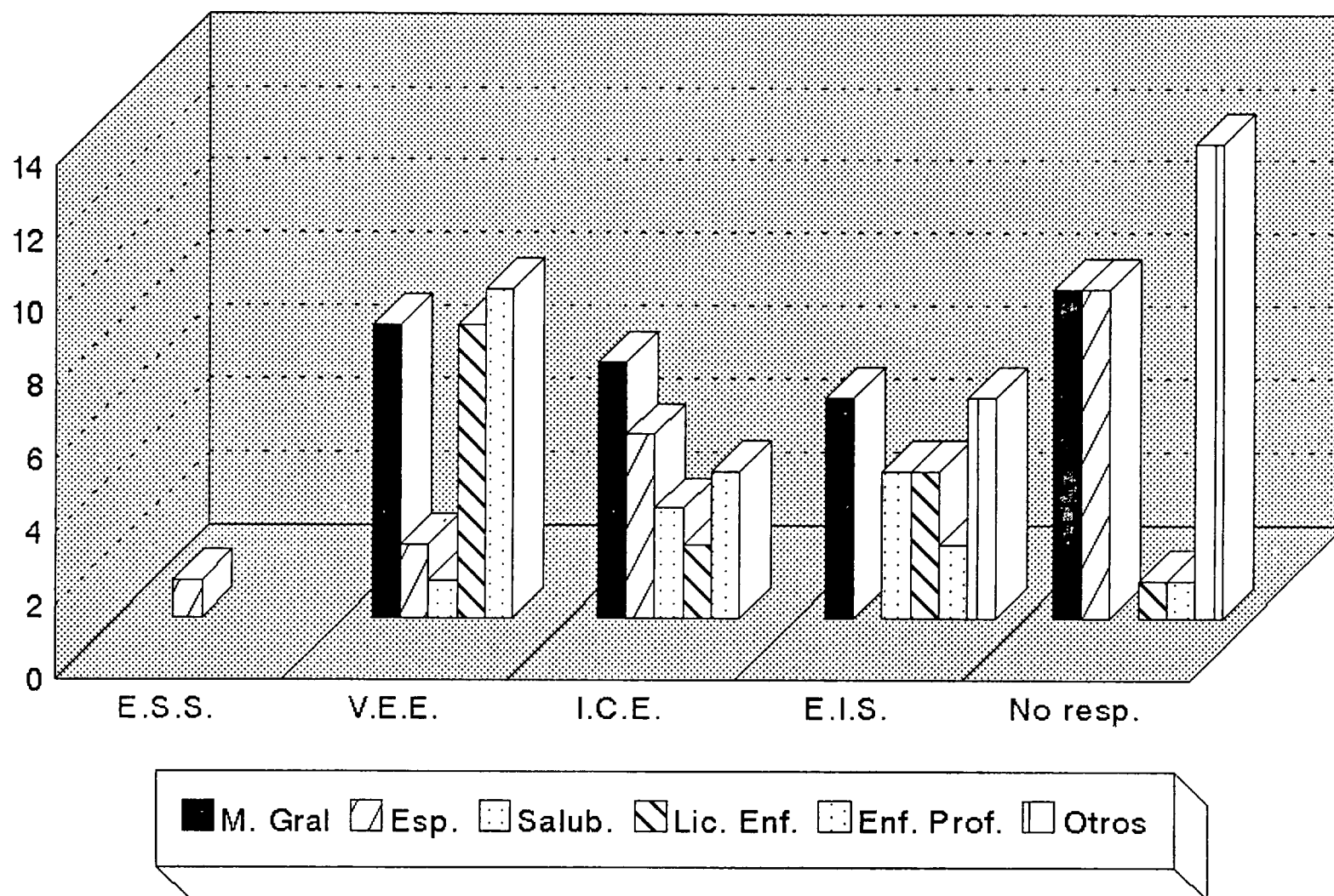


# Aportes de acuerdo a campos de acción y profesión de los equipos de dirección de los sistemas locales de salud Managua, Abril - Agosto de 1994



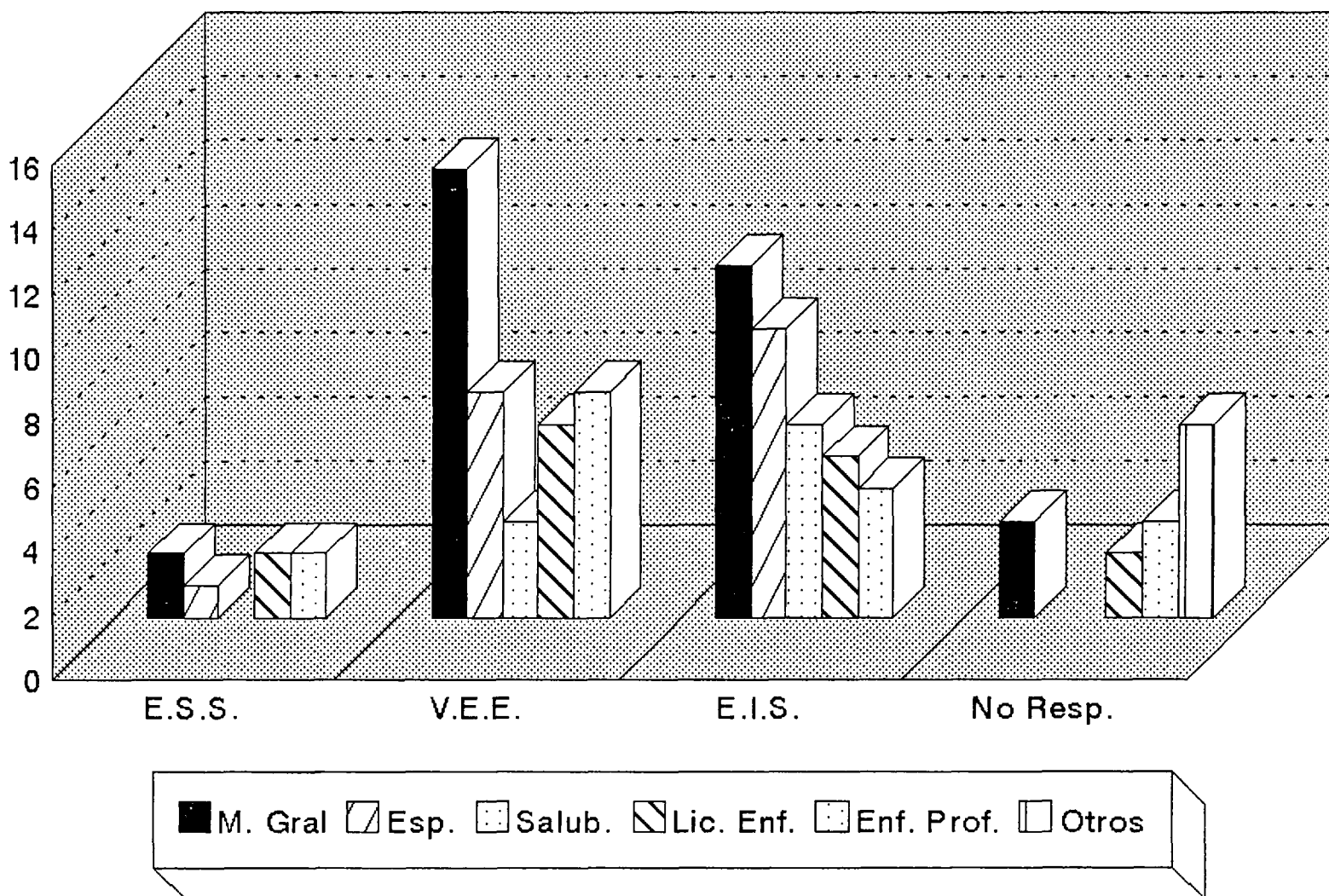
Fuente: Cuadro #20

# Aplicaciones diarias y profesión de los equipos de dirección de los sistemas locales de salud Managua, Abril - Agosto de 1994



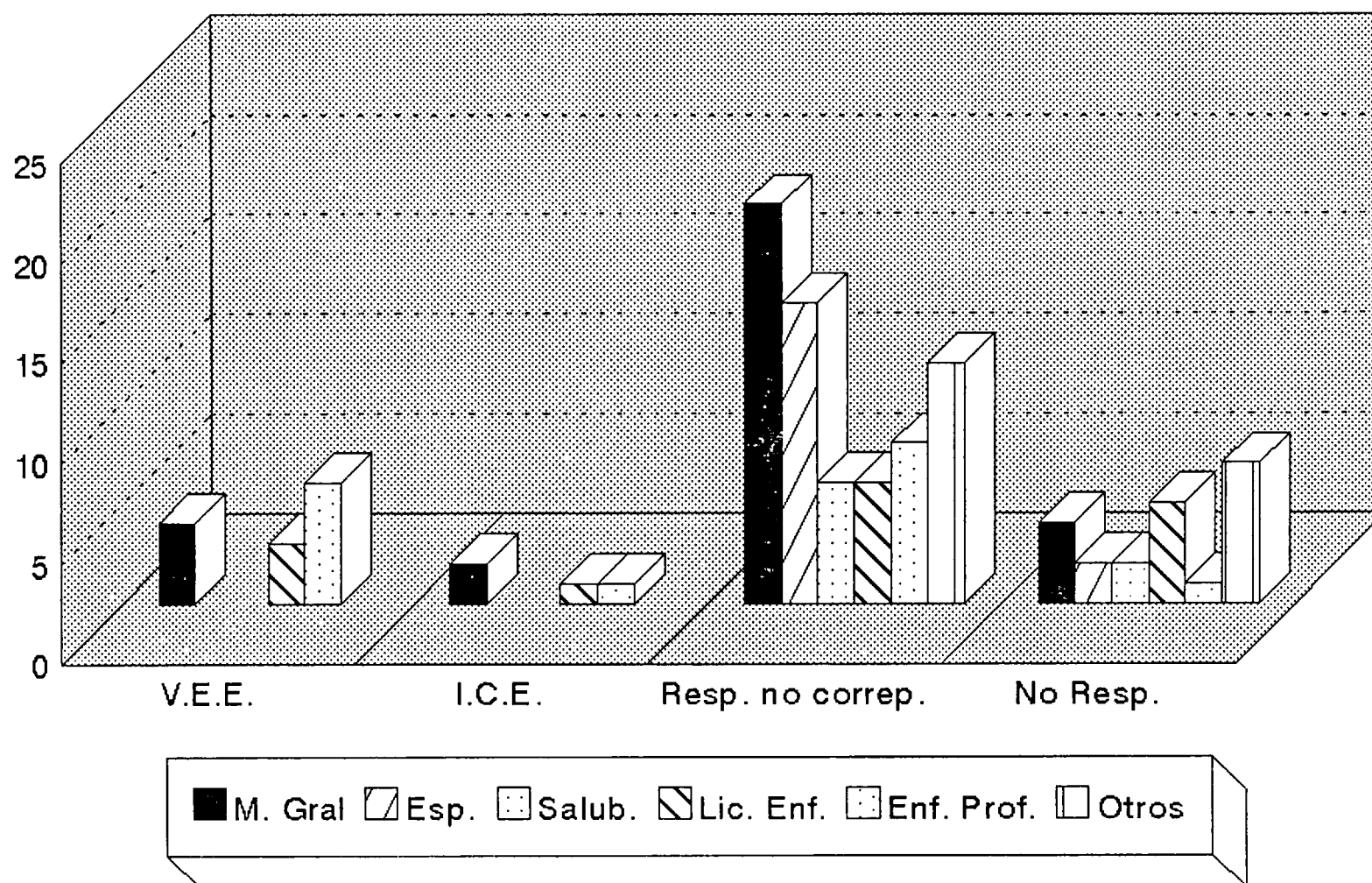
Fuente: Cuadro #23

# Actividades diarias en epidemiología que realizan por profesión de los equipos de dirección de los sistemas locales de salud Managua, Abril - Agosto de 1994



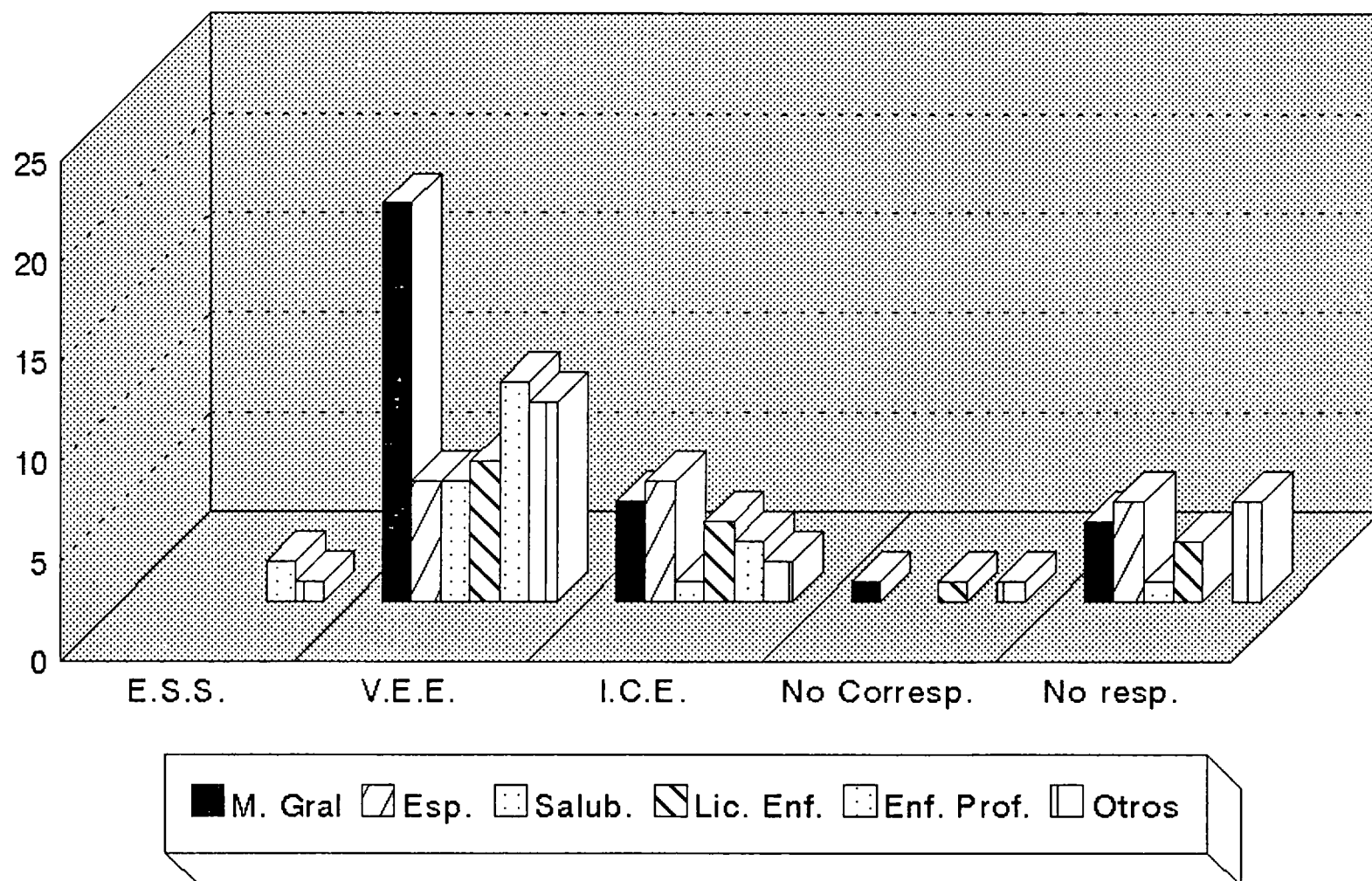
Fuente: Cuadro #26

# Acciones en los programas y profesión de los equipos de dirección de los sistemas locales de salud Managua, Abril - Agosto de 1994



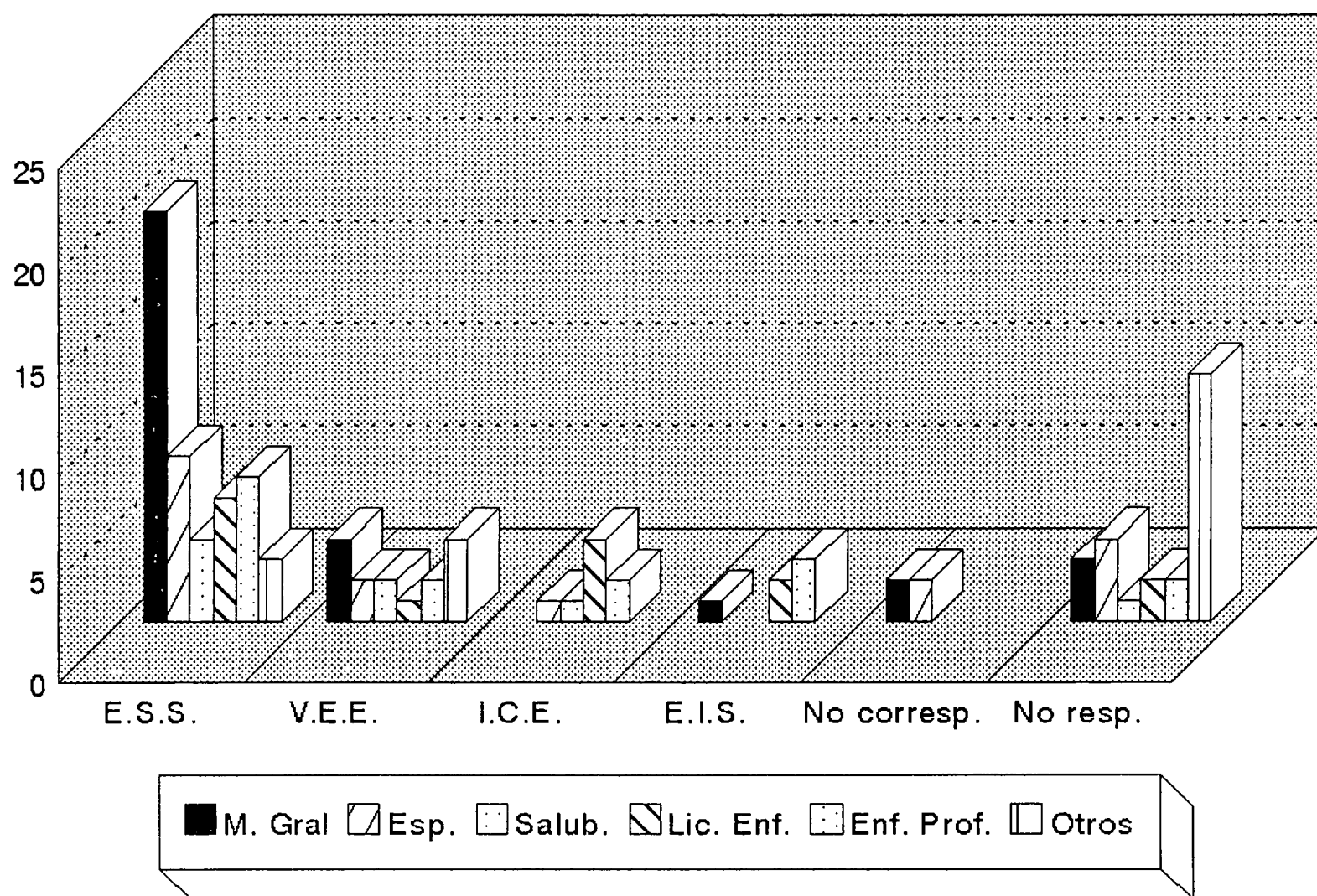
Fuente: Cuadro #29

# Acciones de actividad de terreno por profesión de los equipos de dirección de los sistemas locales de salud Managua, Abril - Agosto de 1994



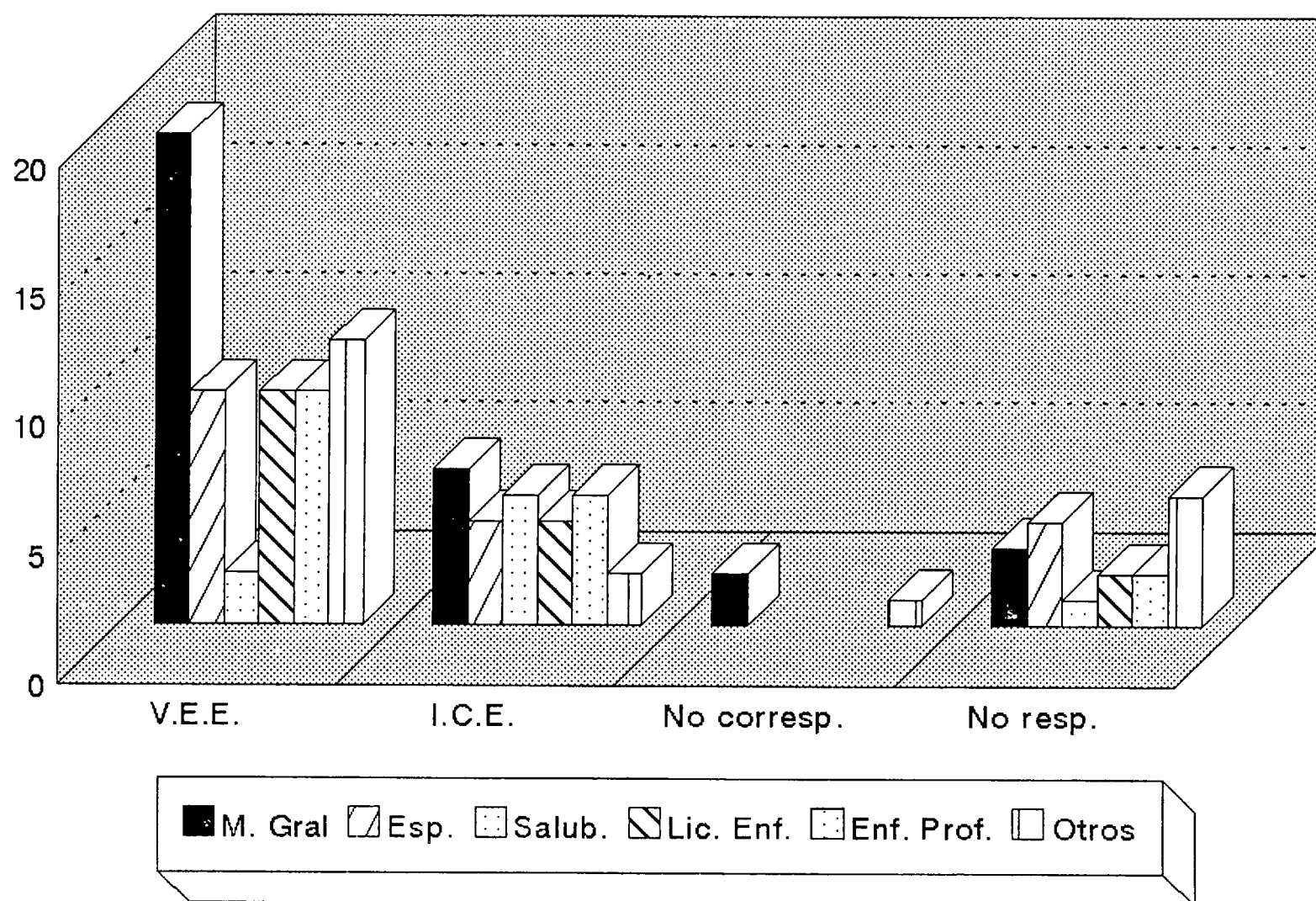
Fuente: Cuadro #32

# Acciones realizadas para medir el estado de salud por profesión de los equipos de dirección de los sistemas locales de salud Managua, Abril - Agosto de 1994



Fuente: Cuadro #35

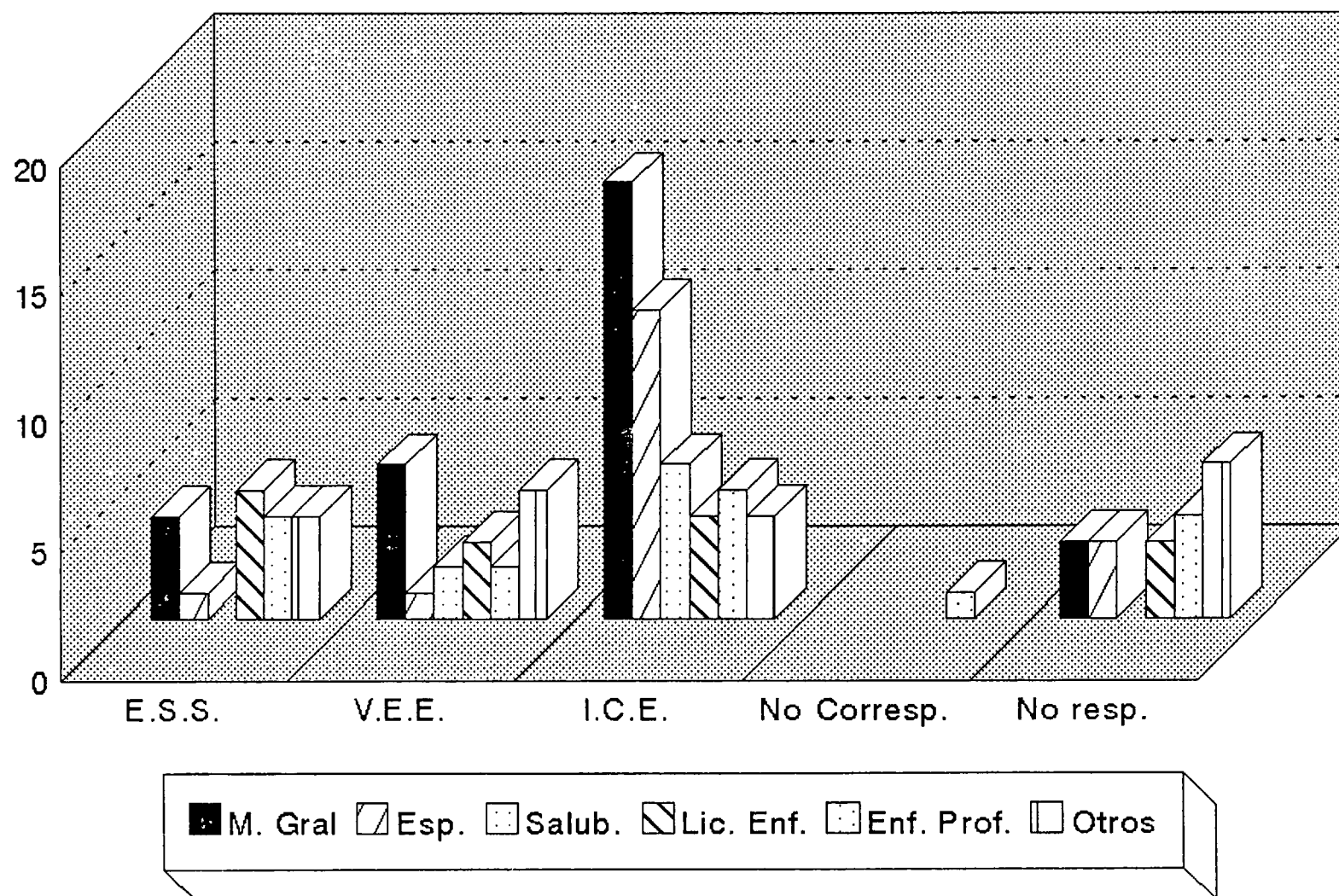
# Acciones de la vigilancia epidemiológica realizada por profesión de los equipos de dirección de los sistemas locales de salud Managua, Abril - Agosto de 1994



Fuente: Cuadro #38



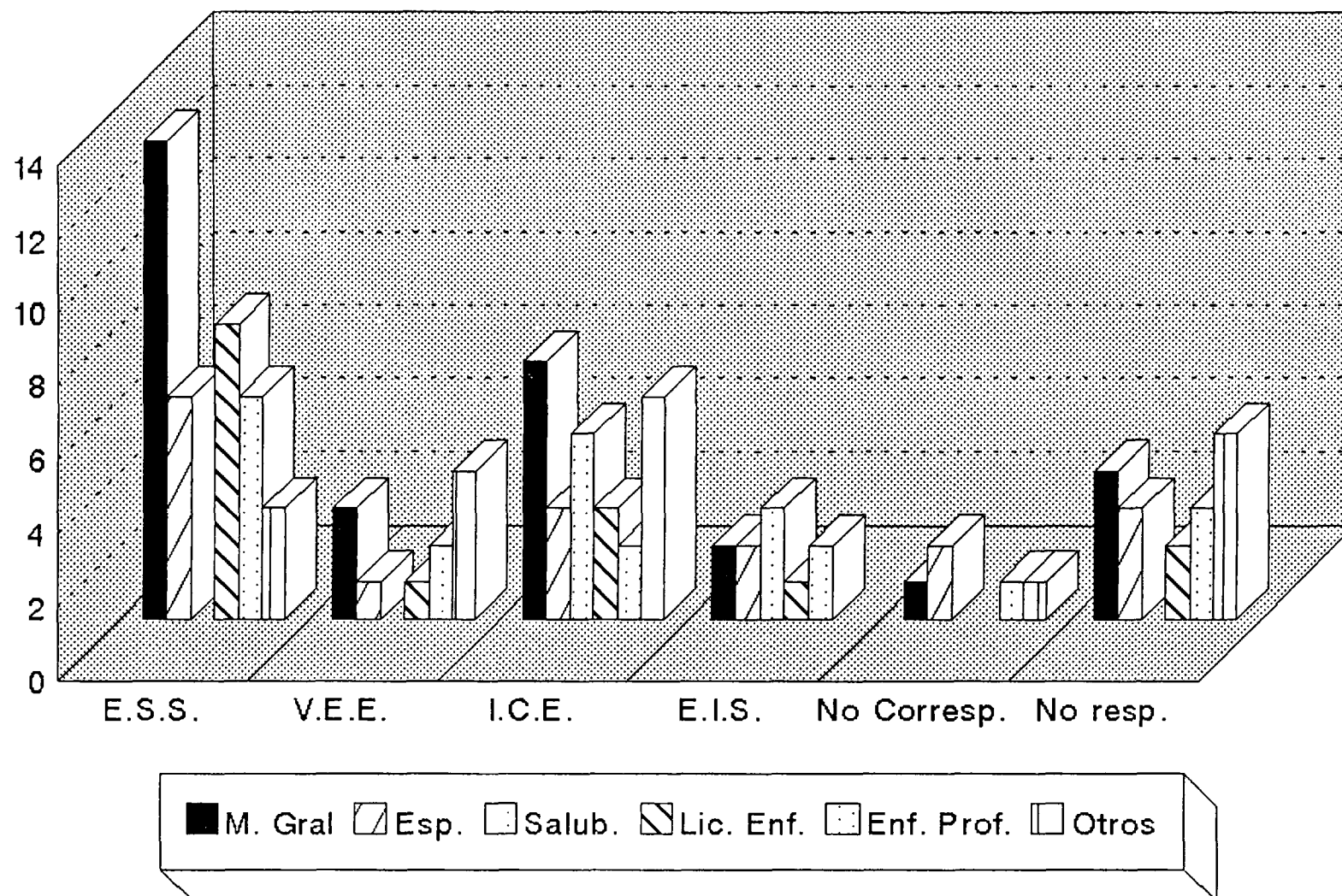
# Acciones de planificación por profesión de los equipos de dirección de los sistemas locales de salud Managua, Abril - Agosto de 1994



Fuente: Cuadro #41

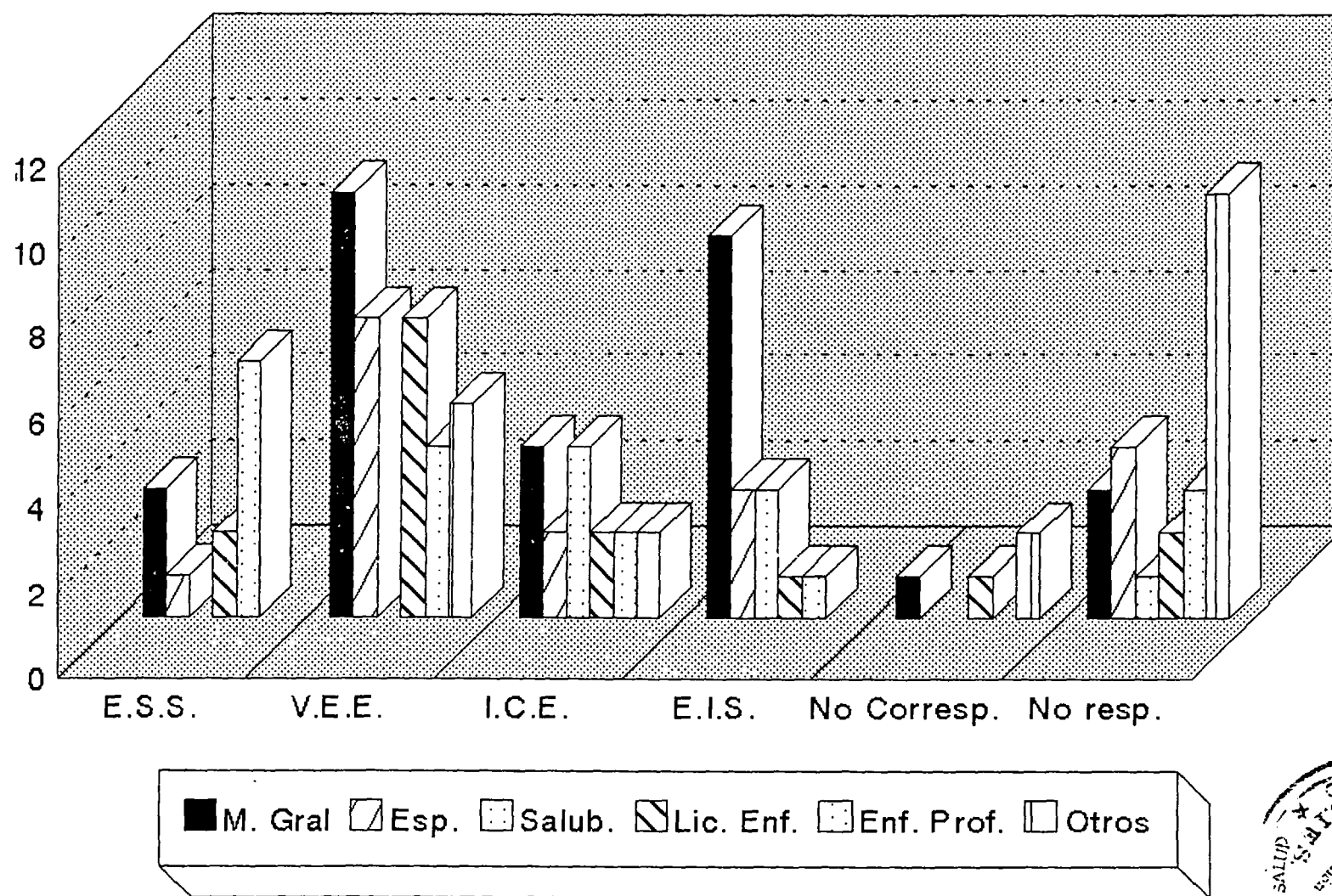


# Acciones de investigación por profesión de los equipos de dirección de los sistemas locales de salud Managua, Abril - Agosto de 1994



Fuente: Cuadro #47

# Acciones de medición de impacto por profesión de los equipos de dirección de los sistemas locales de salud Managua, Abril - Agosto de 1994



Fuente: Cuadro #50

